
Восславим женщину-Мать,
чья любовь не знает
преград, чьей грудью
вскормлен весь мир!
М. Горький
Здоровье
3 '88
ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ

С праздником 8 Марта!



На снимке: В комнате отдыха крутильного цеха только что закончились отделочные работы. Председатель женсовета С. М. Лукина и цеховой врач Л. Г. Сачук зашли поговорить с работницами о предстоящем профосмотре

Фото М. Вылегжанина.

АВТОРИТЕТНО И СЛОВО, И ДЕЛО ЖЕНСОВЕТА

Дарницкий ордена Ленина шелковый комбинат имени 60-летия Великой Октябрьской социалистической революции — ветеран текстильной промышленности. И женсовет этого предприятия — один из старейших на Украине, авторитетная общественная организация.

Много забот у каждого из одиннадцати членов совета комбината, где трудится 4,5 тысячи женщин. Инициативы женсовета получают поддержку администрации, партийной организации, профкома.

Немало сил вложили члены женсовета в организацию воскресного клуба «Твоя семья». Профком отпустил средства, выделили комнату, где гости клуба могут оставить малышей под присмотром воспитателя, выставки рукоделия приурочили к заседаниям. Работа клуба раз от раза становится все интересней и содержательней.

Женсовет и еще одно начинание возглавил: создание на предприятии группы здоровья. Зал для занятий оборудован тренажерами. Сначала занимались здесь одиночки, а теперь в выходные дни приходят даже семьями, вместе с детьми.

Много внимания уделяет женсовет условиям труда на производстве. Взять, к примеру, отдел определения качества продукции красильно-отделочного производства. Когда идут на браковочной машине ворсовые ткани, увеличивается на участке запыленность. Врачи медсанчасти, главный энергетик комбината П. И. Федоренко поддержали предложение женсовета об устройстве автономной вентиляции на этом участке. И осуществлено это будет в текущем году.

Авторитетно и дело, и слово женсовета. Когда его председатель Светлана Михайловна Лукина рассказала работницам в цехах о задачах и планах Советского детского фонда имени В. И. Ленина, многие тут же сделали взнос на счет № 707. Более 600 рублей перечислили дарницкие ткачихи на этот счет.

ВО ИМЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ

Двенадцать фамилий в авторском списке лауреатов Государственной премии СССР 1987 года за цикл работ «Новые методы диагностики и интенсивной терапии при заболеваниях системы крови». За последние годы авторами написано 13 монографий по важнейшим вопросам теоретической и практической гематологии; многие из них стали настольными книгами не только гематологов, но и врачей других специальностей. Тому, что советские медики достойно выдержали такое испытание, как трагедия на Чернобыльской АЭС, во многом способствовали работы этих ученых, руководил которыми академик АМН СССР, заведующий кафедрой Центрального института усовершенствования врачей А. И. Воробьев (сейчас он возглавил только что созданный Всесоюзный гематологический научный центр Минздрава СССР). Разработанные учеными методы лечения белокровия, новые способы диагностики и терапии сложных видов кровоточивости, тромбозов, синдрома внутрисосудистого свертывания, ранее считавшейся неизлечимой нейролейкемии и других заболеваний крови — фундаментальный вклад в развитие отечественной медицины. Рассказывает один из лауреатов, доктор медицинских наук, доцент кафедры гематологии и интенсивной терапии ЦОЛИУВ Н. Е. АНДРЕЕВА:

— Нашей кафедре уже более полувека, но вторую половину своего названия она получила всего несколько месяцев назад. И это не случайно. Веление времени — на основе новых знаний, нового понимания многих процессов в человеческом организме интенсивно бороться за жизнь и здоровье больного.

Кровь — одна из самых информативных субстанций организма. Сегодня интенсивная терапия невозможна без точной оценки состояния системы крови, без умения направленно влиять на нее. Разработанные под руководством А. И. Воробьева профессорами З. С. Баркаганом, Л. И. Идельсоном и другими специалистами современные подходы к оценке свертывания крови и клеточного гемостаза привели к коренному пересмотру методологии клинико-лабораторной диагностики нарушений системы свертывания крови, внедрению в повседневную практику новых эффективных способов их лечения и профилактики.

Все врачи клинической больницы № 2 Министерства путей сообщения СССР, на базе которой работает наша кафедра, владеют гематологическими методами. Программа интенсивной терапии при хирургическом лечении заболеваний системы крови, созданная группой ученых, позволила с успехом оперировать самых тяжелых больных лейкозами, тромбоцитопениями различного происхождения, гемолитическими анемиями и рядом других. Раньше этого никто не делал.

Здесь все требует особого подхода: и подготовка к операции человека, которому любая царапина грозит неудержимым кровотечением, и тактика хирургического вмешательства, и дальнейшее ведение больного. Например, традиционное лечение лейкозов идет на фоне мощной химиотерапии, которая «убивает» не только лейкозные, но и здоровые клетки системы кроветворения. Приходится интенсивно защищать больного от кровотечений и от инфекции. Стерильные блоки созданы во многих гематологических отделениях. Все это есть и у нас.

Но плюс к этому мы разработали рациональную, доступную методику получения тромбоцитарной массы, необходимой для борьбы с кровотечением. Теперь мы не теряем по этой причине самых безнадежных по прежним меркам больных. Эта методика прошла проверку в 6-й клинической больнице Москвы: ни один больной из Чернобыля, лечившийся в этой больнице, не погиб от геморрагического синдрома. От 50 до 70 доноров ежедневно давали свою кровь для спасения людей, а отделяли необходимые компоненты крови на обычных отечественных, очень надежных центрифугах, которые есть на любой станции переливания крови. Методика эта экономична не только потому, что отпала нужда в импортных сепараторах стоимостью 90 тысяч рублей, но и потому, что больного теперь «выручает» специально обработанная кровь одного донора, а не четырех, как ранее.

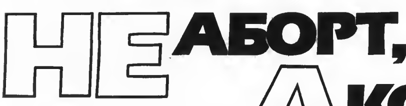
Широко использовать хирургические методы лечения заболеваний системы крови в тех случаях, при которых раньше даже не могла идти речь об операции, помогли исследования доктора медицинских наук, заведующего кафедрой Университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы Ф. Н. Ромашова и профессора этого университета А. В. Бутрова, кандидатов медицинских наук, заведующих отделениями Центральной клинической больницы № 2 МПС В. М. Городецкого и Г. П. Ильина. И если показатель смертности при таких вмешательствах в мире достигает 10 и 15%, то наши коллеги снизили его до 2,4%. Удалось добиться заметных успехов в лечении лимфогранулематоза, острого лимфобластного лейкоза у детей, в профилактике нейролейкемии — в ситуациях, ранее безнадежных в 100% случаев. А. И. Воробьев возглавил разработку методов очистки крови вне организма от опухолевых клеток и вредных примесей. Широкое внедрение плазма- и цитафереза спасает жизнь самым тяжелым больным.

Нами вместе с доктором медицинских наук, заведующей лабораторией Московского НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Г. Н. Габричевского профессором Е. В. Чернохвостовой разработаны методы рациональной диагностики различных видов иммуноглобулинопатий, иммунокомплексной патологии и гуморальных иммунодефицитов.

Иногда приходится дифференцировать системные болезни крови с различными заболеваниями почек. С этой целью стал широко применяться усовершенствованный нами простой способ иммунохимического анализа белков в моче. Метод диагностики только по анализу крови и мочи позволяет щадяще для человека определять форму болезни, оценивать эффект лечения. Используется метод и для контроля результатов интенсивной терапии с помощью плазмафереза, других способов экстракарпоральной очистки крови.

Иммунохимическая диагностика различных видов криоглобулинэмий (когда у больного белок сыворотки крови в сосудах свертывается и нарушает микроциркуляцию крови в периферических частях тела), а также других форм иммунокомплексной патологии способствовала внедрению оптимальных схем лечения этих болезней, которые дают высокий эффект, не уступающий мировым показателям.

Трудно в коротком материале подробно рассказать о работах каждого из ученых. В группе лауреатов — представители различных институтов. Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой Алтайского медицинского института З. С. Баркаган, например, создал очень эффективную методику лечения диссеминированного (распространенного) внутрисосудистого свертывания, что случается при любой большой травме, сепсисе, при васкулитах, некоторых формах опухолей. Назову еще нескольких коллег из нашего института усовершенствования врачей, внесших немалый вклад в совершенствование методов диагностики и терапии заболеваний системы крови. Это профессор М. Г. Абрамов, кандидат медицинских наук М. Д. Бриллиант, а также доктор медицинских наук, заведующий отделением Центральной клинической больницы Четвертого главного управления при Минздраве СССР С. К. Терновой. Все члены авторского коллектива ведут большую преподавательскую работу, внедряют в лечебную практику результаты научных поисков. Мы с гордостью можем сказать, что исследования ученых-лауреатов — современные, оригинальные, актуальные — обогащают отечественную и мировую науку.



НЕ АБОРТ, А КОНТРАЦЕПЦИЯ!

И. А. МАНУИЛОВА,
член-корреспондент АМН СССР

Проблема рождаемости в последние десятилетия волнует ученых всего мира. И действительно, могут ли врачи, социологи, демографы остаться равнодушными к тому, что в развитых странах стали преобладать семьи, имеющие только одного-двоих детей? По расчетам советских специалистов, такой уровень рождаемости не обеспечивает даже простого воспроизводства населения. Так, если в семьях будет в среднем по двое детей, численность населения страны уменьшится вдвое в течение 365 лет, если среднее количество детей — 1,5 — уже в течение 53 лет, а при одном ребенке — всего за 23 года!

Предупреждение беременности у женщин моложе 19 лет и у много рожавших женщин старше 35—40 лет, а также соблюдение интервалов между родами не менее 2—2,5 лет могло бы снизить материнскую смертность в 2 раза, а раннюю детскую смертность — в 4 раза.

Низкая рождаемость характерна для многих регионов европейской части нашей страны, где живет около 70% населения. Некоторое ее повышение, происшедшее в последние годы, не изменило общей тенденции.

Рождаемость интересует врачей не только как демографическая проблема. Исследования показали, что от репродуктивного поведения женщины, то есть ее желания или нежелания иметь детей, во многом зависит и состояние ее здоровья. Прежде всего небезразлично, каким именно путем предотвращает женщина нежелательную беременность.

К сожалению, противозачаточные средства еще применяются недостаточно широко, и тысячи женщин, в том числе и молодых, забеременевших впервые, делают аборты. А аборт, даже как будто закончившийся благополучно,— это серьезная угроза здоровью.

Аборты почти неизбежно влекут за собой тяжелые, рецидивирующие воспалительные заболевания внутренних половых органов, которые могут стать причиной не только нарушений функции яичников, но и способствовать развитию доброкачественных и даже злокачественных опухолей молочных желез и половых органов. Достаточно сказать, что у молодых женщин (20—24 года) аборт вдвое увеличивает риск развития в дальнейшем рака молочной железы.

Установлено далее, что аборт повышает риск тяжелых осложнений последующих беременностей. Самопроизвольные выкидыши у женщин, перенесших аборт, происходят в 8—10 раз чаще, чем у тех, кто не прибегал к искусственному прерыванию беременности. Аборт увеличивает и вероятность последующей внематочной беременности, неблагоприятного течения родов, послеродовых кровотечений. И, конечно, самый трагичный результат аборта — бесплодие.

Наблюдения свидетельствуют о том, что у 60% женщин, страдающих бесплодием или невынашиванием, в прошлом были аборты.

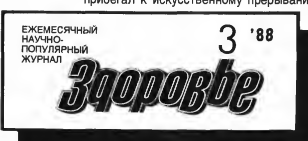
Произведенное недавно в Перми семилетнее социально-демографическое исследование большого числа молодых супругов (2982 семьи) показало, что в среднем у них рождалось за этот период менее двоих детей (1,5), в то же время на каждую здоровую женщину приходилось по 2,45 аборта. Те, кому аборт проводился по медицинским показаниям, прибегали к этой небезопасной операции по 3—4 раза. Почему же молодые женщины не применяли противозачаточных средств или применяли их неправильно? Данные наблюдения позволяют ответить на этот вопрос: в женские консультации за советом по поводу контрацепции обращалось не более 11,3% женщин.

Скептическое отношение к противозачаточным средствам сложилось у многих женщин потому, что долгое время мы не располагали достаточно надежными контрацептивами. Сейчас они есть — это, в частности, гормональные противозачаточные средства, причем не такие, какими они были еще недавно, а значительно усовершенствованные, обладающие минимальным побочным действием. Более того, при ряде заболеваний эти контрацептивы дают мощный лечебный и профилактический эффект.

К сожалению, женщины еще мало знают об этом. Упрек, конечно, не им! Упрек — врачам женских консультаций. Ведь до сих пор здесь главенствует принцип оказания помощи «по обращаемости». Пришла женщина — ее лечат, дают совет. А те сотни, тысячи женщин, которые в консультации не ходят? Почему бы не привлекать их сюда активно, не разъяснять им возможности современной контрацепции, не подбирать контрацептивы индивидуально? Это и была бы самая действенная профилактика.

Ученые сегодня пришли к выводу: как ни странно на первый взгляд, но борьба за повышение рождаемости немыслима без борьбы за правильное, грамотное, разумное применение противозачаточных средств. Без этого невозможно сохранить здоровье женщины, обеспечить нормальное течение последующих беременностей, открыть путь к счастливому материнству!

Применение контрацептивов позволяет регулировать частоту родов, не прибегая к абортам. А соблюдение разумных интервалов между родами охраняет женщину от истощения, обеспечивает более высокий уро-



вень здоровья детей. Это убедительно подтверждается статистикой.

Так, по данным ВОЗ, смертность среди детей, рожденных с интервалом менее года, вдвое выше, чем среди детей, рожденных с интервалом в два года и больше. Нежелательны и роды после 35 и особенно после 40 лет, так как у немолодых матерей выше вероятность осложнений беременности и родов, а у их новорожденных — асфиксии, родовой травмы, пороков развития.

Научные исследования убеждают: предупреждение беременности у женщин моложе 19 лет и у много рожавших женщин старше 35—40 лет, а также соблюдение интервалов между родами не менее 2—2,5 лет могло бы снизить материнскую смертность в 2 раза, а раннюю детскую смертность — в 4 раза.

Этой цели и служит планирование семьи. Задачи такого планирования в документах ВОЗ определяются так: «Обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения только желанных детей с учетом интервалов между родами, возраста и здоровья матери».

Сейчас уже существует и успешно работает Международная федерация планирования семьи, объединяющая 123 страны, в том числе социалистические страны. Ее опыт показал, что рождаемость можно регулировать, сохраняя здоровье женщины, благополучие детей и всей семьи.

В Болгарии, например, созданы Центры репродуктивного здоровья, в Венгрии, Чехословакии, ГДР — Центры планирования семьи. В Японии не так давно был создан специальный правительственный документ, рекомендовавший предпочесть контрацепцию аборту; в течение 5 последующих лет число женщин, использующих контрацепцию, значительно возросло.

Подобные факты убедительны. И если в 1974 году на конференции ООН по вопросам народонаселения в Бухаресте некоторые ее участники еще сомневались в целесообразности создания службы планирования семьи, то через 10 лет на такой же конференции в Мехико было решено рассматривать планирование семьи как неотъемлемый компонент прогрессивного развития человечества.

В нашей стране проблемами планирования семьи должны значительно больше заниматься женские консультации, консультации «Брак и семья». Поле их деятельности очень обширно. В районах нашей страны с высокой рождаемостью примерно половина женщин рожает с короткими интервалами, в том числе каждая четвертая — с интервалом меньше года. Это очень тревожно. Но не менее тревожно и то, что в районах с низкой рождаемостью, например, в Москве, половина женщин после рождения первого ребенка прерывает последующие беременности, а каждая четвертая прерывает абортом первую беременность, что ведет к особенно тяжелым последствиям для здоровья, а нередко и к бесплодию.

Мы уверены в том, что энергичная работа органов здравоохранения, пропаганда современных методов контрацепции, помощь женсоветов и других общественных организаций уже в ближайшее время улучшат ситуацию. Но хотелось бы, чтобы над приведенными фактами задумались и в каждой семье. Возможности современной медицины позволяют планировать рождение детей, предупреждать нежелательную беременность. И не использовать эти возможности, рассчитывать на аборт неразумно, если не сказать — жестоко по отношению к женщине.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПО ГЕОФИЗИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ДНИ

АПРЕЛЬ



ПН		4		18	
ВТ				19	
СР			13		
ЧТ					
ПТ		8		22	
СБ					
ВС					

Рассматривая проблему влияния геофизических флюктуаций на здоровье человека, следует обратить внимание на положительную сторону этого явления. Многие ученые считают, что для поддержания постоянства биологических ритмов в организме — основы нашей долголетней продуктивной жизни — необходимо воздействие геофизических и космических факторов, обусловленных ритмическими процессами в Солнечной системе и Вселенной.

Более того, оказалось, что люди, рожденные в годы высокой солнечной активности, обладают большей устойчивостью к действию экстремальных климатогеографических факторов, легче приспосабливаются в регионах Севера, в высокогорье и в пустынной местности.

Последние результаты научных работ подтвердили: для того, чтобы процессы в нашем организме быстрее перестраивались в соответствии с изменяющимися условиями внешней среды, органы чувств должны получать достаточно зрительной, звуковой, тактильной и другой информации о происходящих в природе явлениях. Однако все больше шум города, длительное пребывание в закрытых помещениях, искусственное освещение, поездки в транспорте вместо снимающей гиподинамию ходьбы, воздействие промышленных электромагнитных полей заглушают информацию о возмущениях геомагнитного поля, изменениях погоды, суточной ритмики продолжительности дня и ночи.

Вот и получается, что, когда интенсивность природной информации, например, в период магнитной бури, становится мощнее промышленных и других городских шумов, наш организм, не «услышав» предвестников этой бури, не успевает своевременно подстроиться к новому состоянию окружающей природной среды и реагирует на это ухудшением самочувствия, повышением артериального давления и другими неблагоприятными реакциями. Чаще всего слом возникает в тех органах или системах, которые работали последнее время в режиме наибольшего напряжения.

Итак, вывод может быть только один: человек как биосоциальное существо не может и не должен отрываться от пульса биосферы, определяющего биологическую основу жизнедеятельности. Решая большие социальные задачи, работая с полной отдачей сил и энергии, каждый из нас, если он хочет оставаться здоровым, обязан заново научиться видеть и слышать природу.

А метеочувствительный человек — переутомленный или ослабленный болезнью, получая долгосрочный медицинский геофизический прогноз, должен заблаговременно, постепенно постараться синхронизировать свои внутренние процессы с переменами в метеорологической и геофизической обстановке. Обращаю внимание читателей на то, что лекарства нередко усугубляют «глухоту» организма к природным явлениям. Поэтому их применение оправдано лишь в период болезни и на первых этапах восстановления. В последующем вместе с врачом желательно наметить комплекс нелекарственной терапии, включающий физиопроцедуры, рефлексотерапию, массаж, лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, водные процедуры. И конечно, всегда быть в хорошей форме вам помогут полноценный сон, занятия физкультурой, общение с природой, иными словами — здоровый образ жизни.

В. И. ХАСНУЛИН,
кандидат
медицинских наук

Новосибирск

Нужен ли больнице медбрат?

Сейчас много говорят и пишут о том, что в больницах не хватает среднего и младшего медицинского персонала. Не могу объяснить, как возникло такое положение с медсестрами, а вот почему мало среди медиков представителей сильного пола, знаю не понаслышке.

Думаю, не надо доказывать, как нужны сильные мужские руки в больничной палате, да вот с большой неохотой принимают парней в медучилища для обучения, как привыкли считать, «женским» профессиям. Над парнями, сделавшими такой выбор, смеются, считают их несерьезными людьми. Через все это мне пришлось пройти минувшим летом.

На медицинской комиссии в поликлинике № 25 врач-невропатолог поинтересовалась, куда я поступаю. Когда услышала о моем желании, округлила глаза и посмотрела на меня как на круглого дурака. Это, конечно, меня не остановило, ведь я твердо обдумал свой выбор.

В нашем городе четыре училища медицинского профиля: три городских и одно областное. Какое выбрать? Но оказалось, что выбирать пришлось не мне. В приемной комиссии училища № 3 завуч беседовала с абитуриентами. Не предложив сесть, быстро проглядела мои документы. Я сказал, что хочу учиться на медбрата детского учреждения (только в этом училище можно получить эту специальность). Завуч искренне удивилась: «Хочешь всю жизнь горшки выносить?» Мне довелось выслушать, что людям в белых халатах приходится делать не только приятную работу, и говорилось это с такой брезгливостью...

В медицинском училище № 4 директор активно отговаривала меня подавать документы, пыталась объяснить: то ли девушки стесняются учиться в одной группе с парнями, то ли преподаватели — читать курс акушерства... Короче, пришлось уйти и отсюда.

Мои хождения кончились в медучилище № 2, где я сейчас учусь. И медбратом стану обязательно! А работникам училищ, мне кажется, надо чаще встречаться со старшеклассниками, активнее вести профориентацию в школе и уж по крайней мере не отталкивать ребят, самостоятельно избравших своей профессией медицину.

В. ДУДКИН,
учащийся медучилища № 2.
Новосибирск

Забыли человека...

Случай, о котором я хочу рассказать, не придуман. Все это произошло на самом деле, но я только не называю имен.

Итак, молодой инженер получил задание срочно спроектировать стенд для гидравлического испытания новых машин. Работы хватало дней на 10—12. Но начальник отдела просил «поднажать»: «Давай за недельку! Или дней за пять! Ты же у нас головастый... Ты же специалист высокого класса...»

Специалистом он был действительно хорошим. А кроме того, что называется, безотказный человек. Раз просят, тем более ссылаются на «производственную необходимость», значит, надо сделать!

К концу третьего дня, а вернее, третьих суток, потому что работал он и ночами, стенд был уже почти готов. Оставалось на час-другой работы. И вдруг инженер потерял сознание, рухнул на пол...

Хорошо еще, что это увидела уборщица, приходящая на работу чуть свет. Она позвонила в медпункт, вызвала «Скорую», отправили инженера в больницу.

Оказалось — гипотонический криз. Нашли резкое переутомление, сказали: надо полечиться. И потянулись для инженера унылые больничные дни...

Начальник отдела назавтра же звонил главному врачу: не нужно ли чего?

— Ничего, кроме внимания,— ответил врач.

И начальник, положив трубку, распорядился:

— Пусть завтра такой-то пойдет в больницу навестить инженера!

Но завтра «такому-то» было некогда, а послезавтра его отправили в командировку.

— Сходи ты,— предложили другому сотруднику.

— Почему я? — вскипел тот.— Кого назначали, тот пусть и идет.

Вспомнили про страхделегата — уж он-то обязан!

Но страхделегат заартачился:

— С чем пойду? Надо хоть яблок купить, а профком пятерку не дает, потому что еще нет десяти дней, как инженер в больнице.

Так и не дождался наш инженер никого из сослуживцев. И ему было очень грустно да и перед женой неловко — ведь говорил же ей как-то, что на работе его ценят, а получается — забыли!

Теперь вам, надеюсь, понятно, почему я не назвал имен: не хотелось смущать его еще больше. Хотя сослуживцев его стоило бы назвать поименно. Но, надеюсь, они узнают себя сами! И, может быть, даже хорошо, если в иных коллективах подумают: а не про нас ли это?

Н. И. ЕРШОВ
Тамбовская обл.

Может быть, достаточно справки?

Чтобы получить путевку в санаторий, пенсионер должен встать в райсобес на очередь. Она, как правило, идет 2—3 года. Вместе с заявлением больной сдает и санаторно-курортную карту. А сколько нужно сил и времени на анализы и хождения по кабинетам, я думаю, объяснять не надо. Пока подойдет очередь, карта безнадежно устаревает, и все приходится начинать сначала. Напрасно загружаются поликлиники, специалисты, тяжело это и пожилым людям. Предлагаю при постановке на очередь ограничиваться справкой лечащего врача о необходимости санаторно-курортного лечения в санатории нужного пенсионеру профиля и в определенное время года.

С. А. МАЛЕЕВ
Ленинград

Внести в «Правила дорожного движения»!

Известно, что курение оказывает отрицательное воздействие на профессиональные качества водителей транспорта, летчиков, операторов пульта управления, где требуются повышенное внимание и быстрота реакции. Это проявляется снижением умственной работоспособности, усилением деятельности сердца в покое, нарушением координации движений, снижением остроты зрения. Поэтому считаю, что необходимо запретить курение за рулем и включить это положение в «Правила дорожного движения».

И. А. БУРЯКОВСКИЙ,
кандидат медицинских наук
г. Горький

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР И СТАЦИОНАР НА ДОМУ

Во исполнение Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» Министерство здравоохранения СССР издало приказ «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлиниках и стационара на дому». Это позволит разгрузить больницы и провести реконструкцию имеющегося коечного фонда для его качественного улучшения, повсеместного внедрения современной медицинской технологии.

СТАЦИОНАРЫ ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ В БОЛЬНИЦАХ И ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ В ПОЛИКЛИНИКАХ организуются для лечения больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения. Лечебно-диагностическая помощь оказывается им в дневное время. В этих стационарах пациенты получают высококвалифицированное лечение, консультации специалистов, назначенные лечащим врачом процедуры, пользуются всеми лечебно-диагностическими службами учреждения, в составе которого организован стационар.

Дневные стационары создаются на базе больниц и диспансеров, клиник научно-исследовательских институтов и вузов, амбулаторий и поликлиник. График работы определяется руководителем медицинского учреждения с учетом его профиля и местных условий. В отдельных случаях лечащий врач назначает пациенту индивидуальный режим в соответствии с его состоянием. Отбирают больных на обследование и лечение в стационаре дневного пребывания участковые врачи — терапевты, педиатры и другие специалисты. Противопоказанием к направлению в такой стационар являются острые заболевания, требующие круглосуточного медицинского наблюдения.

Питание организуется за счет самого больного. В амбулаториях и поликлиниках этот вопрос решают, исходя из местных условий, в больницах больной питается в пищеблоке. Всем работающим больным, находящимся на лечении в стационаре дневного пребывания или дневном стационаре при поликлинике, выдаются больничные листки на общих основаниях. В случае ухудшения течения заболевания, необходимости круглосуточного медицинского наблюдения больного незамедлительно переводят в соответствующее отделение больницы.

СТАЦИОНАРЫ НА ДОМУ организуются в составе поликлиник, медсанчастей, диспансеров для пациентов, состояние которых не требует госпитализации. Каким больным показано лечение в стационаре на дому, решают заведующие терапевтическими и педиатрическими отделениями по представлению участковых врачей — терапевтов и педиатров, а также врачей-специалистов.

Врачи и медицинские сестры амбулаторно-поликлинических учреждений осуществляют на дому диагностические и лечебные мероприятия, постоянный контроль за состоянием пациента и течением его заболевания. Корректирует лечение и продлевает больничные листки выездная врачебно-консультационная комиссия. Медикаменты для лечения в стационаре на дому приобретаются за счет больных, предметами ухода обеспечивает обслуживающая их поликлиника. Так же как и в дневных стационарах, больные, проходящие лечение на дому, пользуются всеми консультативными и лечебно-диагностическими службами, имеющимися в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

В. Н. ПИЧУГИН,
ответственный секретарь коллегии
Минздрава СССР,
кандидат медицинских наук

РЯДОМ С ВОИНАМИ-ИНТЕРНАЦИОНАЛИСТАМИ

Как хотелось бы собрать их всех вместе — двадцатилетних и уже в возрасте, энергичных и молчаливо-застенчивых, хорошеньких и не очень, но всех одинаково прекрасных красотой и добротою души, прекрасных своим Милосердием. Поклониться им от имени матерей и отцов, чьих сыновей выхаживали эти женщины в госпитальных модулях под палящим афганским небом, вывозили из боя на БТР — бронетранспортерах, вырывали из лап смерти... Сказать самые теплые слова благодарности и признательности от всех нас и от имени Родины.

Милосердие нужно каждому и всегда, но когда льется кровь, ему особая цена. В Афганистане рядом с воинами-интернационалистами защищали идеалы апрельской революции и медицинские сестры.

Да, их никто не принуждал идти под пули. Могли они, если становилось невмоготу, в любую минуту вернуться,— кстати, этим правом воспользовались немногие...

Низкий поклон Ирине Федоровых из удмуртского города Глазова, Антонине Солодиловой из Волгограда, Татьяне Тарасовой из Городокского района Витебской области, Нине Тищенко из села Заборье Брянской области и многим-многим другим, награжденным медалью «За боевые заслуги». Нина Тищенко награждена уже второй медалью «За боевые заслуги». Она еще там, в зоне боевых действий.

Всех их просто не перечислишь — славных наших соотечественниц, которые без громких слов и без расчета на какие-то будущие блага и привилегии самоотверженно выполняют свой долг милосердия. Нам удалось пригласить в редакцию лишь нескольких из них, шесть москвичек, работавших в разных уголках Республики Афганистан. О душманских засадах на Саланге, тяжелых боях возле Кандагара близ пакистанской границы или у Баграма, об обстрелах кабульского госпиталя они знают не из газет. Мы проговорили несколько часов, некоторые из девочек, как они называют друг друга, впервые встретились у нас после разлуки. Вспоминали подруг, которые еще «там» или уже вернулись и разъехались по всей стране, песни, которые пели в раскаленных от жары или обжигающе-холодных модулях после тяжелых дежурств, о редких праздниках, о том, как мечтали увидеть родные березки и тихую речку, об особом афганском братстве, скрепленном кровью, говорили о том, с чем встретились после возвращения...

Елена ЗАГЛУБОЦКАЯ прилетела в Москву в конце минувшего ноября. В самолете, когда подлетали к Ташкенту, солдаты и гражданские все вместе кричали «Ура!» и обнимались — наконец дома! Пели песни из афганского фольклора. И любимую — «Березовый сок»...

— Еще в Московском челюстно-лицевом госпитале для инвалидов войны, где работала, я насмотрелась на боевые ранения. Привозили к нам долечиваться и воинов-интернационалистов. Их, молодых, обезображенных в боях, особенно жалко было. А не так давно умер мой отец, защищавший Москву. Не смогла я остаться в стороне, попросилась в Афганистан. Там я была операционной сестрой в медицинской роте. Что сказать? Идет бой, где-то рядом постоянные разрывы, на БТР подвозят раненых, мы оказываем помощь, легкораненых оставляем в роте, а тяжелых отвозим в госпиталь. Какой-то километр вся дорога, но я ее никогда не забуду. Тут не о себе думаешь, а о ребятах, которые под твоей защитой. При каждом взрыве собой прикрываешь...

Я очень подружилась с сестрой Галиной Концаренко из Нефтеюганска. Какой это человек! У нее я училась не трусить, работать без устали, быть ласковой и доброй в самые, казалось бы, трагические минуты. Она скоро тоже вернется домой.

А я снова в своем госпитале. Сколько сил, нежности к беспомощному человеку, желания все сделать для него я теперь чувствую. Какой нужной оказалась эта закалка!

Венера КИНЗЕБУЛАТОВА проработала в Кабуле в военном госпитале 3 года. Старшей медицинской сестрой приемно-эвакуационного отделения. Вернулась в родной коллектив больницы № 71 Кунцевского района столицы. Недавно вышла замуж. Нет, смеется, не за «афганца». Знакомы были давно. Все поздравили Венеру, пожелали счастья...

— Мне мою медаль «За трудовое отличие» вручали в Кабуле, в День медицинского работника. Так было празднично, торжественно! Ведь мы там по-особому ценили любую минуту отдыха, праздник. Когда начинались боевые действия, в нашем отделении нужно было и помощь оказать, порой тут же и оперировать, заполнить множество сопроводительных карт. А страшно было, когда госпиталь обстреливали. И всегда — за ребят. Летела я из отпуска в Кабул, в самолете на скамейках вдоль фюзеляжа солдатики молодые. Смеются, с интересом смотрят в иллюминатор. А я плачу... Вдруг завтра после первого же боя привезут кого-то из них к нам?

— Нас согревало и поддерживало эти долгие месяцы чувство, что мы необходимы, что без нас нельзя,— присоединяется к рассказу Венеры Н. В. Бурова.

Наталья Валентиновна БУРОВА, медсестра инфекционного детского отделения 3-й городской больницы Зеленограда. Уже бабушка, хоть и молодая. Работала 3 года в инфекционном отделении военного госпиталя. Дикая жара, отсутствие воды, когда душ — это мечта, когда каждую пятницу «афганский день» — прием местного населения и череда больных кажется нескончаемой, когда в день приходилось ставить по 70 капельниц, брать кровь порой подряд у 80 человек при свете керосиновой лампы. Десять раз давала Н. В. Бурова и свою кровь...

— Каждый год 21 марта врачи и медики, работавшие в нашем госпитале, встречаются на ВДНХ СССР. Приходите! Сколько воспоминаний, слез. А помните, девочки, как Новый год встречали? Жара 26°, елка нарисована на стене, а мы поздравляем друг друга и по местному времени, и по времени того города, откуда наши товарищи, и по московскому. Родина всегда с нами была. Когда приезжали артисты, это был как подарок, привет с Родины. Особенно я люблю песни Иосифа Кобзона, он буквально все части объездил, для всех пел, и песни его — гражданские, патриотические, лирические — принимались с особым чувством благодарности.

В военном госпитале работала и медицинская сестра из Всесоюзного онкологического научного центра АМН СССР Валентина СИНЦОВА. В Москве она не раз выходила победительницей в конкурсах медсестер. Ловкая, знающая, она и в боевых условиях оказалась среди лучших по профессии. 8 марта прошлого года в госпитальном конкурсе «А ну-ка, девушки!» заняла первое место.

— Я приехала в Афганистан, чтобы испытать себя в трудных условиях. Это ерунда, когда говорят, что девчонки гонятся за деньгами. Никаких особых денег нам не платят. Нам шла сестринская ставка дома и в валютных рублях — там. Но как тяжело приходилось работать! Большие нагрузки и физиче-



ские, и моральные, опасность, постоянный риск. Как-то под Салангом, возвращаясь из Кабула бронегруппой, мы попали в переделку. Перед нашими БТР шел афганский наливник, душманы его обстреляли и подожгли. Свернуть, обойти некуда, внизу — пропасть. Командир приказал прорываться вперед. Все, кто был в бронетранспортерах, взяли автоматы. Честно скажу, что лиц тех, в кого стреляла, я не видела. Злость была, а не страх. Страх пришел уже потом.

Лвриса Мвксимовнв ТЮХАЙ, внестезистка из стоматологической поликлиники № 42, приехав в Афганистан, попала в инфекционный госпиталь, в отделение реанимации. Здесь проработалв два года, сама перенесла гепатит. Жара, безводье, полная потеря аппетита и у раненых, и у персонала. Здесь впервые воочию увидела, что такое дефицит массы тела. И несмотря на это, многие ребята рвались быстрее вернуться в часть. Когдв Лариса приезжала в Москву в отпуск, навещала родных тех ребят, которые лежали в ее пвлате, и успокаивала, объясняла, что лечатся ребята от простуды, что все у них уже хорошо. И везла нехитрые посылочки, несла все это на себе многие километры. Девчата в госпитале откармливали больных, как могли, иногда даже в магазине на свои чеки покупали им сок, чтоб аппетит пробудить... Ларисв Максимовна награждена медвлью «За трудовую доблесть».

— Дежурили порой сутки через сутки. После смены заговариваться начинаешь. Как я о зеленой траве скучала! Вернулась — как сумасшедшая была, деревья оглаживала. Но там всем трудно было, мы на равных переносили тяготы — и бытовые неудобства, и климат, и безводье. Две радости было: баня и письма.

Но вот что меня поразило при возвращении — издевательское, я бы сказала, кощунственное отношение к нам в Ташкентском аэропорту. Буквально вымогали взятки за билет до Москвы. Я тогда чуть аэропорт не разнесла, билета добилась. Но многие давали, ведь так всем домой хотелось. Я летела в июне 1986 года, надеюсь, те чиновники уже понесли наказание. Хочется верить в это...

Медалью «За боевые заслуги» награждена москвичка Надия ХУСЯИНОВА. В ее военном билете осталась запись: «В составе экипажа реанимационной мвшины-спасателя АН-26 совершала боевые вылеты с преодолением ПВО противника по эвакуации раненых на территории ДРА». Глядя на эту невысокую хрупкую черноглазую женщину 26 лет от роду, недввно ставшую мамой, трудно поверить, что два года назад ее жизнь была спрессованным в тугую и бесконечную ленту временем взлетов и посадок во всех точках Афганистана. Ей пришлось переносить стужу и жару, когда нельзя притронуться даже к койкам в самолете, так они раскалены, беспрестанно принимать реанимационные меры, чтобы довезти тяжелораненого до госпиталя, при этом не обращая внимания на разрывы снарядов. А разве забудешь минуты спешной погрузки раненых в самолет, когда приходилось ночью включать фары санитарных машин и тут же по ним били трассирующие пули...

— Я раньше была медсестрой-анестезисткой в отделении реанимации Центральной клинической больницы № 1 МПС, сюда и вернулась, здесь мне торжественно вручали медаль. Из нашего коллектива уже была в Афганистане Таня Гонцова, много рассказывала. И я решила поехать. Опыт — одно, а другое — мечтала я в мединститут поступить. В Тушинском райвоенкомате сказали, что моя работа в Афганистане учтется. Но когда вернулась, никто об этом и слушать не хотел. Набегалась по военкоматам, 4 раза в Минздраве СССР была, чтобы мне разрешили на равных с санитарками поступить на подготовительное вечернее отделение. Справок была целая пачка, даже не все пригодились, недавно ненужные выбросила, а ведь за всеми ходила, стояла в очередях.

Сейчас на первом курсе 1-го МОЛГМИ. С мужем Костей мы познакомились на подготовительном отделении. Он тоже работает в больнице и учится. А я сейчас с нашим Сережей сижу.

Пришлось мне уйти из родного коллектива. В институте сказали, что все, кто учится на подготовительном отделении, должны работать в базовом учреждении. Так я уже год проработала в инфекционной больнице № 1 — базе 1-го МОЛГМИ. Работа меня зта не очень привлекает, и коллектив чужой. Говорили, иди к ректору. Но не было у меня уже сил стоять в приемных, просить, унижаться. Неужели хоть такая-то «льгота» — работать там, где ты хочешь, для меня невозможна? Почему так трудно прошибить бюрократическую стену?

На снимкв (слева направо): Н. Х. Хусяинова, Л. М. Тюхай, В. Т. Кинзебулатова, Н. В. Бурова, Е. А. Заглубоцкая, В. Ю. Синцова.

Фото М. Вылегжанина

Вот они перед нами — шесть разных и в чем-то схожих судеб. Получают письма от бывших боевых подруг — как и раньше, мыкаются по общежитиям девчонки, ни о каком внеконкурсном зачислении в мединститут нет и речи (а кто, как не они прошли испытание милосердием на право стать врачом!)... Льготы, которые имеют все военнослужащие, бывшие в Афганистане, на служащих, направленных в ограниченный контингент наших войск военкоматами, не распространяются. Почему? Почему летчик, который ведет самолет-спасатель, эти льготы имеет, а медсестра, в это время под тем же огнем врага спасающая жизнь раненых, не имеет? Солдаты, охраняющие, скажем, какой-то груз, имеют льготы, а водитель машины, везущий этот груз под градом пуль,— нет, раз он не военно-, а просто служащий? Ведь и не каждый солдат, бывший в Афганистане, был на передовой. Разве у подвига есть ведомственное отличие?

И еще одно меня удивило. В управлении кадров Министерства обороны СССР я знакомилась со списками награжденных. Медицинских сестер, как я быстро поняла, имело смысл искать только в списках, где значились медали «За боевые заслуги», «За трудовую доблесть», «За трудовое отличие». Это что, тоже своеобразный табель о рангах? Отдающие свою кровь, сутками в нечеловеческих условиях отбивавшие у смерти сотни солдатских жизней, под огнем врага выносившие, вывозившие раненых, ни одна из них не заслужила ордена? Нину Тищенко, о которой я говорила вначале, наградили второй медалью «За боевые заслуги». Орден ей не положен?

Н. МЕНЬШИКОВА



СДЕЛАЙТЕ ВЫВОДЫ!

Дробное питание уменьшает агрессивность желудочного сока.

Избавиться от описторхоза чрезвычайно трудно, а предупредить его легко.

Больной туберкулезом должен четко понимать, что от его поведения зависит его здоровье и здоровье окружающих.

После операции на прямой кишке главное — гигиена.

Кризы детского возраста — ступени роста.

ВЕСНОЙ ПРОЙДИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО Л

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



А. Л. ГРЕБЕНЕВ, профессор

При обострении язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки врач может направить больного в гастроэнтерологическое или терапевтическое отделение стационара. Но если пациент остается дома, он должен очень строго следовать предписаниям лечащего врача. О том, почему это необходимо делать, вы прочтете в статье, опубликованной на странице 17.

Прежде всего надо позаботиться о диете. В первые 5—7 дней от начала обострения можно есть сухари из белого хлеба, размачивая их в молоке или супе, сваренные на пару́ блюда из пропущенных через мясорубку мяса или рыбы: кнели, пюре, суфле; яйца всмятку, омлеты; молочные жидкие каши: манную, геркулесовую; супы в виде слизистых отваров из круп со сливочным маслом, сливками; кисель, отвар шиповника. В рацион обязательно включайте молоко и сливки. Эти продукты обладают антацидными свойствами, то есть способностью нейтрализовать соляную кислоту.

Через 5—7 дней диету немного расширяют, добавляя черствый (без корок) белый хлеб, картофельное или морковное пюре, некрепкий чай.

Спустя еще 3—4 дня разрешается перейти на менее строгую диету (диета № 1): мясо и рыбу уже не надо пропускать через мясорубку, можно есть непротертые вегетарианские супы (но без белокочанной капусты), вязкие каши.

Категорически запрещаются супы на мясном, рыбном, грибном и крепком овощном бульонах, жирные сорта мяса и рыбы, жареные блюда, острые закуски, мясные, рыбные и овощные консервы, копчености, маринады, острые специи и приправы: перец, горчица, хрен; изделия из сдобного теста, черный хлеб, сырые непротертые овощи и фрукты, мороженое и спиртные напитки.

Ешьте часто: 5—6 раз в сутки, чтобы соляная кислота нейтрализовалась пищей и не воздействовала на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки.

Диету приходится соблюдать в течение 3—4 месяцев, а если лечение проходило в стационаре, то 3—4 месяца после выписки. Затем можно перейти на диету № 5.

К продуктам и блюдам, разрешенным диетой № 1, добавляются тушеное мясо, отварные и потом обжаренные без корочек мясо и рыба. А вот жирные, жареные блюда, свиное и баранье сало, острые приправы и специи, маринады и острые соусы не следует есть даже в период стойкой (до нескольких лет!) ремиссии. Так же важно всегда есть в строго определенные часы и не реже чем 3—4 раза в день. Если беспокоят изжога, отрыжка кислым, рекомендуется ограничить продукты, богатые углеводами, в первую очередь сахар, сладости, кондитерские изделия.

Клиническая картина обострения язвенной болезни обычно очень ярка и типична, и человек, испытавший уже не один рецидив этого заболевания, по характеру боли в животе и неприятным ощущениям сам может предположить, что началось очередное обострение. И все же хочу категорически предостеречь от попыток самодиагностики и самолечения! Ведь симптомы, характерные для обострения язвенной болезни, могут быть сигналом других заболеваний — ишемической болезни сердца, в том числе инфаркта миокарда, острого приступа холецистита, желчнокаменной болезни, панкреатита. А кроме того, не исключено, что боль обусловлена такими грозными осложнениями язвенной болезни, как кровотечение, прободение язвы. Все эти состояния требуют срочной медицинской помощи, и промедление может стоить жизни!

Лекарства принимайте только те, которые назначил вам врач. Не превышайте доз! Дело в том, что некоторые средства, например, снимающие болевой синдром, предназначенные для борьбы с нарушениями секреторной и моторной функций желудка и двенадцатиперстной кишки, обладают рядом побочных действий: вызывают учащение сердцебиения, расширение зрачков, общую слабость, головокружение, резкое изменение артериального давления. И прием этих лекарств в слишком большой дозе может привести к не-

ТЕ КУРС ЕЧЕНИЯ

предсказуемым последствиям.

Поскольку обострение язвенной болезни возникает, как правило, весной или осенью, в это время, а именно в марте — апреле и в сентябре — октябре, обязательно надо пройти курс профилактического лечения. Кроме лекарственной терапии, назначают минеральную воду. Рекомендуются Ессентуки № 4, Смирновская, Славяновская, Боржоми. Когда пить воду, в каком объеме и какой температуры, подскажет врач.

Есть в этот период старайтесь 5—6 раз в день. Чтобы организовать такое дробное питание, продумайте с вечера, что вы возьмете с собой на работу на следующий день. Это может быть яблоко, творог, пакет молока или бутерброд с маслом и сыром, сухое печенье. Обедать лучше в диетической столовой или в диетическом зале. Если такой возможности нет, возьмите еду в термосе, например, отварное мясо или рыбу с картофельным пюре. Суп можно заменить стаканом чая с молоком или сливками, а суп съесть вечером дома. Кстати, суп да и всю другую пищу ешьте не очень горячей. Не забывайте, весь период противорецидивного лечения необходимо соблюдать диету № 1.

Не менее важно избегать стрессов, нервного и физического перенапряжения. А чтобы быть спокойным и уравновешенным, спите не менее 7 часов, почаще бывайте на свежем воздухе, принимайте теплый душ на ночь, пейте назначенные врачом витамины, успокоительные средства. Но, повторяю, без совета врача ни одного лекарства принимать нельзя, поскольку оно может раздражать слизистую оболочку желудка.

ПРИВЫЧКА, ГРОЗЯЩАЯ БЕДОЙ

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ

Д. Д. ЯБЛОКОВ,
академик АМН СССР

Описторхоз распространен во многих регионах страны, но самый обширный очаг — бассейн Оби и Иртыша, охватывающий более 10 областей. Высока заболеваемость также в бассейнах Днепра с притоками и Волго-Камском, включающем Пермскую область и ряд районов Татарской АССР.

Тот факт, что описторхоз диагностируется в местностях, расположенных в долинах некоторых крупных рек, объясняется тем, что в теле рыб проходит одну из стадий своего развития возбудитель заболевания — гельминт описторхис фелинеус, названный также кошачьей или сибирской двуусткой.

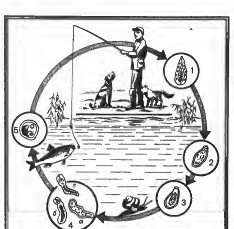


Схема цикла развития описторхиса. 1 — половозрелый гельминт (в организме больных описторхозом человека и животных); 2 — яйцо описторхиса, попавшее в водоем; 3 — яйцо с развившимся в нем мирацидием; 4 — три стадии развития мирацидия в моллюске битинии: а — спороциста, б — редия, в — церкарий; 5 — метацеркарий в ткани рыбы.

Он поселяется в желчных ходах печени, в желчном пузыре больных описторхозом людей и животных, главным образом кошек, а также собак, лисиц, песцов, водяных крыс, питающихся сырой рыбой. Яйца гельминтов, попав с испражнениями людей и животных в пресный водоем, проходят здесь сложный путь развития (см. рисунок).

Сначала яйца описторхиса (двуустка выделяет в сутки до 900 яиц) заглатывает в водоеме моллюск — битиния. В его кишечнике из каждого яйца выходит личинка, покрытая ресничками,— мирацидий. Личинка пробуравливает стенку кишечника моллюска и проникает в его ткани, где проходит несколько стадий развития. Она растет, вытягиваясь в мешковидную спороцисту, в которой образуется большое количество новых личинок — редий. Они поселяются в печени моллюска, где дают поколение хвостатых личинок — церкариев. Церкарии покидают битинию (это происходит через два месяца после проглатывания моллюском яиц описторхиса), выходят в воду и нападают на рыб только карпового семейства. Это язь, елец, плотва, чебак, вобла, линь, сазан, лещ, карп, красноперка, усач, густера, гольян.

Укрепившись на коже рыбы, церкарии внедряются в толщу мышц. Здесь личинки превращаются в метацеркариев, которые через месяц становятся зрелыми, способными вызвать заражение человека и животных. Метацеркарии гнездятся в подкожной клетчатке и мышцах рыб. Заражение человека происходит при употреблении в пищу сырой, малосоленой, слабовяленой, недостаточно термически обработанной рыбы.

В организме человека и животных под влиянием желудочного и дуоденального соков метацеркарии освобождаются от наружной и внутренней оболочек и проникают в желчный пузырь, желчные ходы печени, в поджелудочную железу.

Через 3—4 недели метацеркарии достигают половой зрелости. Весь цикл развития описторхисов составляет 4—4,5 месяца. Половозрелые гельминты — это мелкие, плоские паразиты ланцетовидной формы длиной до 1,5 сантиметра и шириной до 0,3 сантиметра. В желчевыделительной системе человека паразитируют сотни, тысячи и даже десятки тысяч (до 25 000) описторхисов. Но здесь они не размножаются, и количество их увеличивается только при повторных заражениях. В организме человека описторхисы живут 20 и более лет.

В клинической картине описторхоза обычно преобладают симптомы, свойственные хроническим воспалительным заболеваниям печени и желчных путей. Беспокоят тошнота, горечь во рту, боль в правом подреберье, общее недомогание. Нередко больные жалуются на отсутствие аппетита, головную боль, у них бывает субфебрильная температура (37,2—37,3°).

В последние десятилетия значительно чаще, чем раньше, наблюдается острое течение описторхоза. Это обусловлено ростом миграции населения в районы наиболее интенсивного распространения заболевания.

У коренных жителей, проживающих в очагах описторхоза, заболевание протекает легче и острые формы встречаются реже из-за того, что их иммунная система приспосабливается к присутствию в организме антигенов, ка-

кими являются продукты жизнедеятельности гельминтов.

А у большинства новоселов, перенявших привычку коренных жителей Севера и Сибири есть термически недостаточно обработанную или совсем сырую рыбу и заразившихся описторхозом, заболевание протекает тяжело, маскируясь под брюшной тиф, вирусный гепатит. Иммунная система бурно реагирует на внедрение в организм гельминтов, и на фоне поражения печени развивается острый аллергоз.

Хотя врачи располагают различными средствами борьбы с этим заболеванием, полностью освободить от гельминтов удается только 40—60% больных. У остальных в результате лечения наступает только улучшение состояния благодаря уменьшению количества глистов в организме. Пока описторхоз остается еще очень серьезной проблемой.

Главное в борьбе с этим тяжелым гельминтозом — профилактика. Учитывая стойкость метацеркариев, варить крупную карповую рыбу надо, разрезав на куски, и не менее 15—20 минут с момента закипания. Жарить ее также необходимо небольшими кусками не менее 20 минут и обязательно закрыв сковороду крышкой, что значительно повышает вероятность гибели личинок. Пироги с рыбой следует печь не менее 40—45 минут. Учтите, что во время чистки и разделки рыбы метацеркарии могут остаться на ноже, посуде, разделочной доске. Поэтому после окончания разделки рыбы все использованные для этого предметы тщательно вымойте под струей проточной воды со щеткой и обдайте кипятком. Не пробуйте рыбу, пока она не будет сварена или зажарена.

И чтобы не подвергать себя опасности заражения, не следует солить и вялить в домашних условиях рыбу карпового семейства.

Томск

В ДОМЕ БОЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



В. С. ГАВРИЛЕНКО,
доктор медицинских наук

Благодаря успехам современной медицины подавляющее число заболевших туберкулезом излечиваются, возвращаются к труду и обычному образу жизни.

Если в семье выявлен больной туберкулезом, медицинское наблюдение требуется и другим членам семьи. Ведь туберкулез — заболевание инфекционное.

Заболевшего, если зто необходимо, госпитализируют в больницу или стационарное отделение противотуберкулезного диспансера, направляют в санаторий. При благоприятном течении заболевания в условиях стационара через 3—5 месяцев бактериовыделение у больного прекращается и контакт с ним становится для окружающих менее опасным.

Пока он лечится в больнице или санатории, сотрудники санитарно-зпидемиологической службы проводят дезинфекцию в квартире. Поскольку туберкулез, особенно в начальной стадии, протекает скрыто и человек может какое-то время не подозревать о том, что заразился, всех бывших в контакте с заболевшим тщательно обследуют в противотуберкулезном диспансере по месту жительства. Профилактически в течение двух-трех месяцев им назначают противотуберкулезные препараты. В дальнейшем членов семьи больного обследуют в диспансере не реже двух раз в год. Весь зтот комплекс мер направлен на предупреждение новых случаев заболевания туберкулезом. И в интересах здоровья людей — не уклоняться от обследования и лечения!

Не остаются без внимания медицинских работников и сослуживцы заболевшего, особенно если они длительное время работали вместе с ним в тесной, плохо проветриваемой комнате, пользовались общей чайной посудой. Их тоже обследуют, и, если есть необходимость, назначают им курс профилактического лечения.

Благодаря успехам современной медицины подавляющее число заболевших туберкулезом излечиваются, возвращаются к труду и обычному образу жизни.

Лечение длительное — в среднем около года или чуть больше: 5—7 месяцев в больнице, 2—3 — в санатории и еще 2—3 месяца амбулаторно. Много времени человек вынужден находиться вне дома, вне семьи, трудового коллектива. Это тяжело. Но воля и настойчивость, вера в выздоровление, действенная поддержка близких помогут справиться с болезнью.

Наше государство полностью берет на себя материальные затраты, связанные с лечением. Большие средства идут на оснащение разветвленной сети противотуберкулезных учреждений, где работают высококвалифицированные специалисты различного профиля. Листок нетрудоспособности выдается заболевшему на весь период лечения — до 10 месяцев, а с разрешения ВТЭК — до 12 месяцев; в течение года за больным сохраняется место работы. Но, к сожалению, нередки случаи, когда человек не прилагает усилий, чтобы скорее выздороветь, более того, нарушает режим, нерегулярно принимает лекарства, а то и досрочно прекращает лечение, не торопится расстаться с вредными привычками. Кое-кто пьянствует, даже находясь в больнице или санатории. И в результате заболевание принимает затяжной характер, а порой и прогрессирует. И не всегда мы, врачи, находим поддержку семьи, когда просим повлиять на настроение и поведение больного. Чтобы воспрепятствовать больным, ведущим асоциальный образ жизни, уклоняющимся от лечения, быть источником распространения инфекции, созданы специальные медицинские учреждения закрытого типа. Предназначены они в первую очередь для лечения больных туберкулезом, страдающих алкоголизмом.

И в заключение хочу подчеркнуть: больной, особенно выделяющий с мокротой микобактерии, обязан строго соблюдать правила личной гигиены, чтобы не заразить окружающих.

Чем строже будут придерживаться правил санитарии и гигиены и больной, и члены его семьи, тем реже возникнут новые случаи заболевания туберкулезом.

О том, как делать уборку в доме, где живет больной, как стирать его белье, мыть посуду, которой он пользуется, мы расскажем в одном из ближайших номеров журнала.

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ





В. М. ПРОЦЕНКО, кандидат медицинских наук,

Н. Н. ПОЛЕТОВ, кандидат медицинских наук

Добиваясь после операции регулярности стула, помните: он должен быть мягким, оформленным, но не жидким!

Чаще всего в специализированных проктологических отделениях операции производят по поводу таких заболеваний, как геморрой, трещина заднего прохода, острый парапроктит, свищ прямой кишки, воспаление эпителиального копчикового хода. После выписки из стационара больному в зависимости от характера заболевания и объема операции еще какое-то время приходится долечиваться дома. Ведь у большинства пациентов рана в промежности еще не заживает или имеется нежный послеоперационный рубец в нижнем отделе прямой кишки.

Залог быстрейшего выздоровления — соблюдение режима труда и отдыха, рекомендованных врачом правил гигиены, рациональное питание.

В первую очередь надо постараться ежедневно опорожнять кишечник. Причем лучше утром: это избавляет от многих забот на протяжении дня.

Чтобы добиться регулярной работы кишечника, очень важно есть в определенные часы, включать в рацион отварные мясо, птицу, рыбу, кисломолочные продукты. Предпочтительнее именно кисломолочные, так как в течение первого месяца после операции цельное молоко может вызвать расстройство кишечника. В ежедневном меню должны быть содержащие клетчатку овощи и фрукты. Вареные овощи и печеные яблоки разрешается есть с 3—4-го дня после операции, свежие фрукты без мелких косточек — с 12—14-го дня. Очень полезен хлеб грубого помола.

Не менее чем на два месяца полностью исключите острые блюда, копчености, пряности. Категорически запрещаются алкогольные напитки, в том числе пиво.

Некоторые трудности возникают у тех пациентов, у которых и до операции были запоры. Многие из них привыкли к различным слабительным препаратам и очистительным клизмам. В послеоперационном периоде и то, и другое крайне нежелательно. Старайтесь наладить стул с помощью хлеба с отрубями («Здоровье», «Барвихинский», докторские хлебцы), вареной свеклы, размоченных чернослива, кураги, инжира. В течение дня выпивайте около шести стаканов жидкости (помимо первого блюда). Это могут быть чай, компот из сухофруктов, кефир или фруктовые соки, кроме виноградного, который вызывает усиленное газообразование.

Добиваясь регулярности стула, помните: он должен быть мягким, оформленным, но не жидким! Жидкий стул, особенно если он бывает 2—3 раза в сутки, может вызвать воспалительные изменения в ране или послеоперационном рубце.

После стула не пользуйтесь бумагой, даже туалетной. Область заднего прохода обмойте теплой водой и промокните марлевой салфеткой. В летнее время такие салфетки можно использовать в качестве прокладки, меняя их в течение дня.

Дважды в день делайте сидячие ванночки со слабым раствором марганцовки или настоя ромашки. Длительность такой ванночки — 10—15 минут, температура воды — не выше 40°. При отсутствии противопоказаний врач может порекомендовать вместо сидячей ванночки общую ванну той же продолжительности. Послеоперационная рана при этом очищается, улучшается ее кровоснабжение, что способствует более быстрому заживлению. После ванночки рану осушите, наложите на нее марлевую салфетку — сухую или смоченную по совету врача в лекарственном растворе.

Те, кто перенес операцию иссечения копчикового хода или кисты, обязательно должны сбривать волосы вокруг раны или послеоперационного рубца, так как в течение 3—4 месяцев рубец еще не окрепший, волосы легко могут в него внедриться и вызвать нагноение.

2—3 месяца после хирургического вмешательства старайтесь избегать чрезмерных физических нагрузок. Какие нагрузки для вас оптимальны, подскажет врач. Нежелательны длительная езда в автомобиле, катание на велосипеде, многочасовое сидение перед телевизором. Очень полезны непродолжительные, неутомительные прогулки пешком. Не следует поднимать тяжести свыше 5 килограммов.

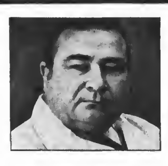
При появлении боли или гнойных выделений, даже незначительном повышении температуры незамедлительно обратитесь к врачу.



КАПРИЗНЫЙ, УПРЯМЫЙ, НЕПО

ВОЗРАСТНЫЕ КРИЗЫ У ДЕТЕЙ

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



В. В. КОВАЛЕВ,
профессор

Такую характеристику родители и педагоги часто дают детям, с которыми им стало трудно справляться. Но нет ли в неправильном поведении ребенка вины самих воспитателей? Умеют ли они считаться с особенностями детского возраста? Ребенок не может всегда оставаться одинаковым. Ведь детство само по себе — это динамическое состояние, несущее в себе необходимость перемен.

Общая и нервно-психическая реактивность ребенка формируется неравномерно. Периоды более или менее плавного развития чередуются со своего рода скачками, качественными взрывами, часто весьма бурными и резкими, недаром они получили название возрастных кризов.

Первый возрастной криз у детей приходится на интервал между 2 и 4 годами, второй — от 6 до 8 лет, третий, или пубертатный,— от 12 до 14 лет.

Возраст после двух лет, такой, казалось бы, нежный, нередко становится возрастом необъяснимого упрямства и негативизма. В еще небогатом словаре ребенка самым частым становится «не хочу». Впрочем, он не столько говорит, сколько действует: вы зовете его, а он убегает, вы просите положить игрушку в коробку, а он швыряет ее на пол, вы говорите ему, что хлеб крошить нельзя, а он нарочно крошит.

Ваш отказ в какой-то его просьбе, запрет что-то брать, куда-то идти вызывает реакцию протеста. Малыш кричит во весь голос, топает ногами, а бывает, и замахивается на вас со злым и сердитым лицом, со слезами на глазах.

Что случилось? Скорее всего, ничего страшного. Просто ваш малыш растет, начинает ощущать себя личностью. Это повышает его активность, самостоятельность, настойчивость в достижении желаемого. А силенок, умения еще не хватает. Что-то ему не нравится, что-то не получается. И всю неудовлетворенность он выражает вот такими средствами...

Не надо сердиться на ребенка, пытаться «переломить» его, отвечать на его крик криком, тем более наказывать. Такая позиция взрослых может лишь закрепить неправильное поведение, а иногда и дать толчок формированию отрицательных черт характера.

Подумайте, нет ли у ребенка причин для капризов и упрямства. Может быть, он тяготится излишней строгостью, слишком частыми запретами? Может быть, отрицательно относится к кому-либо — допустим, его обижают старшие дети?

Найдите в себе силы терпеливо отнестись к топанию ногами или крику. Учтите, что ребенок иной раз и сам бы рад успокоиться, да не может. Помогите ему, переключив его внимание на что-то, не имеющее отношения к данной ситуации, скажем, на голубя, севшего на подоконник, на яркую картинку в книжке, поставьте на проигрыватель пластинку, которую он любит.

Если позиция взрослых правильна, подобные нарушения в поведении ребенка обычно через полгода-год проходят.

Но надо иметь в виду, что в период первого возрастного криза иногда проявляются и серьезные психические отклонения. Резкая гормональная перестройка, связанная с активизацией ядер промежуточного мозга и гипофиза, интенсивное развитие процессов познания, происходящее в этом возрасте, нередко способствуют выявлению таких нервно-психических заболеваний, как шизофрения и эпилепсия.

У некоторых начинает отчетливо формироваться своеобразное отклонение психического развития — ранний детский аутизм. Его характерная черта — резкое ослабление потребности в контактах с окружающими. Ребенок ни с кем не хочет разговаривать, у него отсутствуют эмоциональные реакции на поведение окружающих — он не улыбается, не смеется, не пугается, не проявляет интереса к игрушкам, животным, к появлению новых людей; живет как бы отгороженным от внешнего мира. Его развлечение — это повторяющиеся однообразные движения, например, вращение кистей рук перед глазами, перебирание пальцев, раскачивание туловища...

Понаблюдайте, нет ли у ребенка причин для капризов и упрямства? Может быть, он тяготится излишней строгостью, слишком частыми запретами? Может быть, его обижают старшие дети?

Такие странности в поведении ребенка, отсутствие естественных детских интересов должны насторожить. Надо обязательно показать малыша детскому психоневрологу. Психические заболевания, начавшиеся в раннем возрасте, имеют, к несчастью, неблагоприятное течение, и, естественно, чем раньше начато лечение, тем больше надежд на то, что оно будет успешным.

Второй возрастной криз совпадает с периодом интенсивного физического роста, совершенствования тонкой моторики рук, развития ряда сложных нервно-психических функций. И как раз в это напряженное для организма время меняется социальный статус ребенка — он становится школьником. Необходимость приспособиться к новому окружению и к новым требованиям создает у некоторых детей предпосылки для формирования комплекса отклонений и нарушений поведения, объединяемых условным термином «школьный невроз».

Ребенок становится очень тревожным, боится опоздать в школу, что-то сделать не так; у него нарушается аппетит, особенно по утрам, появляется тошнота и даже рвота. В других случаях ребенок, наоборот, не хочет вставать, одеваться, чтобы идти на занятия, забывает задания, не может приспособиться к дисциплине, не отвечает на вопросы учителя. Чаще всего это бывает с ослабленными детьми, которые достигли школьного возраста, но по физическим и психическим данным отстают от сверстников. Не спешите поэтому отдавать в школу шестилетнего и даже семилетнего ребенка, если врач детской поликлиники считает, что он еще недостаточно к этому подготовлен.

СЛУШНЫЙ

Переоклассников, кроме, конечно, крепких, выносливых ребят, не следует загружать дополнительными занятиями в музыкальных школах, спортиеных секциях, студиях: пусть сначала хорошо адаптируются к школе.

Физиологические особенности данного еозраста (6—8 лет), психологические трудности, возникающие в связи с адаптацией к школе, могут спроеоцировать декомпенсацию тех скрыто протекавших повреждений голоеного мозга, которые были связаны с осложнениями беременности или родое, инфекциями, травмами переых лет жизни. Это прояеляется поеышенной утомляемостью, двигательным беспокойством, возобновлением возникаеशего в дошкольные годы заикания, недержанием мочи. И тогда, конечно, родителям не обойтись без помощи врача.

Очень важно создать ребенку дома спокойную обстановку, не предъявлять непосильных требований и уж, конечно, не наказыеать за грязь в тетради или нееыученный урок,— так можно только усилить негатиеное отношение к учению.

Нельзя упускать из виду, что именно е 7—8 лет у детей с неуравновешенной нервной системой, особенно у мальчиков, впервые могут появиться такие нарушения поведения, как уход из дома, бродяжничество. Вначале зто обычно связано со страхом наказания, протестом протие ссор родителей или каких-то иных неприятностей, пережитых дома.

Наиболее выраженные физиологические и психологические изменения происходят в 12—15 лет.

Подросткам-мальчикам е этом возрасте свойстеенны возбудимость, несдержанность, нередко агрессивность, у девочек преобладает неустойчивость настроения. Для тех и других характерно сочетание повышенной чувствительности и обидчивости с зготзмом, раенодушием, а нередко и с черствостью к окружающим, в том числе к самым близким. Стремление к самостоятельности, вернее, независимости от взрослых, потребность е самоутверждении нередко толкают подростка на рискоеанные поступки. Не умея утеердиться в учении, творчестее, спорте, утеерждаются, приобщаясь к курению, алкоголю, наркотикам, вступая е ранние полоеые сеязи, а иногда и соеершая правонарушения.

Для подросткое типичны реакции группирования, то есть стремление к времяпрепроеождению в группе сверстникое — зто для них тоже один из способов самоутверждения.

Наконец, надо знать еще об одной особенности подросткового криза. Эмоциональная неустойчивость, недостаточный жизненный опыт, склонность к импульсивным решениям по типу «короткого замыкания» могут в какой-то трудной ситуации толкнуть еозбудимого подростка к попытке самоубийства.

Особенно еелики трудности переходного еозраста у подросткое с остаточными явлениями раннего органического поражения головного мозга, с задержкой интеллектуального развития. И не ясно ли, как важно своевременное лечение неврологических заболеваний, забота о расширении кругозора ребенка, о формироеании у него здоровых интересов.

Подросток требует не меньшего, а, может быть, большего внимания родителей, чем первоклассник. Но относиться к нему надо не как к ребенку, а как к взрослому или почти еэрослому, учитыеать, как болезненны для него уколы самолюбия. Если хотите от него добиться чего-то, не навязывайте безапелляционно своего мнения, а постарайтесь подеести его самого к тому или иному решению, чтобы он воспринял его, как свое собственное.

Грань между естественными особенностями третьего криза и возникающими у детей в возрасте 12—15 лет психическими расстройствами иногда трудноуловима. Но о еозможности таких расстройств надо знать: е зтот период, особенно при ускоренном темпе физического и полового созревания, может выяеиться скрытая предрасположенность к некоторым серьезным психическим заболееаниям, в частности к шизофрении и маниакально - депрессивному психозу.

Если поведение подростка не укладыеается в рамки обычного, если вы замечаете у него резкие колебания настроения, причудливые увлечения, если он стал очень замкнут, холоден, отрешен от обычных для его сверстников занятий и интересов, обратитесь к психиатру. Сейчас во многих психоневрологических диспансерах есть подросткоеые психиатры, хорошо знающие особенности именно этого возраста. Такой специалист вам поможет.

Возрастные кризы закономерны. Но протекать они могут по-разному — и остро, болезненно, и мягко, почти незаметно. И заеисит зто не только от физических и психических особенностей ребенка, но и в очень большой степени от услоеий, в которых он жиеет, от его воспитания. Можно почти гарантировать, что ребенок спокойно пройдет через все возрастные кризы, если самим родителям никогда не изменяют выдержка и терпение, а е семье царит доброжелательная, спокойная атмосфера.



Фото М. Вылегжанина



ВИРУС НА МАНИКЮРНЫХ ЩИПЧИКАХ

Теперь все знают: вирус СПИДа передается через кровь. Наш журнал уже сообщал (см. «Здоровье» № 12 за 1987 год), что не исключено заражение во время маникюра и педикюра, если мастер не соблюдает утвержденных Минздравом СССР еще в 1972 году санитарных правил дезинфекции инструментов. Эти меры надежно защищают от любой инфекции, и, если строго соблюдать санитарные правила, можно уберечь людей от заражения и такой опасной болезнью, как СПИД.

Редакция попросила журналистов из разных городов Российской Федерации, Украины, Латвии и Казахстана побывать в парикмахерских, сделать маникюр и педикюр, поговорить с мастерами, работниками санитарно-эпидемиологических станций. Словом, уточнить, можем ли мы быть уверены в том, что один из каналов распространения опаснейшей болезни надежно перекрыт?

АЛМА-АТА

С. Хамзина:

— Всего год, как открыт салон на углу улиц Жарокова и Шевченко. Здесь чисто и красиво. Моя беседа с маникюршей Светланой Безитановой привлекла внимание чуть ли не всех мастеров. Всего три дня назад здесь были представители городского комбината парикмахерских и горСЭС, беседовали с мастерами и об опасности распространения СПИДа.

— Но,— Светлана призывает коллег в свидетели,— за 4 года работы я ни разу не получила инструментов. Щипчики купила за 15 рублей, кусачки — за 25. О двух наборах инструментов (один должен 15 минут стоять в дезрастворе, вторым мастер работает) не может быть и речи. Где их взять? Денатурат, хлорамин в достатке, инструменты протираем смоченной в денатурате ваткой. Вот и вся дезинфекция.

ЧЕРНОВЦЫ

Л. Черняк:

— В центральном салоне-парикмахерской «Весна» я села к молодому мастеру Елене Билицкой. Ножницы стояли в баночке со спиртом-денатуратом, остальные инструменты не в лотке, как положено, а разложены просто на целлофановом мешочке. Мастер макнула в спирт щипцы и начала работу. Порезала кожу у ногтя, промокнула салфеткой, но не продезинфицировала. Пока я сушила лак, к Елене села другая клиентка. Не протерев столик, не сменив салфетку, смахнув ею обрезки ногтей со стола и едва макнув лопаточку в денатурат, мастер взялась за руки клиентки.

О правилах дезинфекции инструментов знает, но держать 15 минут в спирте щипчики и кусачки не собирается — они от этого быстро ржавеют. Покупает инструмент у частников по 30 рублей. Столик протирает в начале работы и после пяти клиентов. Врач из СЭС бывает, но об опасности передачи вируса СПИДа через маникюрный инструмент никто не говорил.

Заведующая отделом коммунальной гигиены горСЭС Е. И. Вайсер рассказала, что несколько месяцев назад этот салон за несоблюдение санитарных правил закрывали.

РИГА

Е. Власова:

— Салон № 49 «Гуна» в центре Риги. Маникюрша Тамара Иванюк работает быстро, ловко. У нее один набор инструментов, свой. В баночке со спиртом одиноко стояли щипчики — ими мастер не пользуется...

Салон-парикмахерская № 91 «Эффект» — повышенного разряда. Педикюрша В. Данилова все делает по правилам, кроме кипячения инструментов. Стерилизатора нет.

Врач по коммунальной гигиене горСЭС С. А. Белоножко сказала, что ежеквартально проверяют парикмахерские. Жалобы на отсутствие инструментов постоянны. Как тут требовать второй комплект?

РОСТОВ-на-ДОНУ

Л. Квятковская:

— В парикмахерской № 12 городского производственного объединения «Лада» на видном месте висит памятка о СПИДе, но в ней ничего не сказано о том, какие правила обязан соблюдать мастер, делающий маникюр или педикюр.

Педикюрша Л. М. Дегтярева на мгновение опускает инструмент в баночку с денатуратом. Стерилизатора нет. Работает 14-й год, никто от мастеров никогда и не требовал кипячения инструментов. Их они покупают сами. Маникюрша М. Н. Мололкина говорит, что мискиванночки для рук они тоже свои приносят. Мисочку после предыдущей клиентки мастер едва споласкивает под краном.

Сотрудники парикмахерской дружно жалуются на качество инструмента. И. Б. Непомнящая даже заявила, что теми, что выдает объединение, можно только виноградную лозу обрезать.

Сверхминимальная дезинфекция инструментов и в парикмахерской № 40. Маникюрша Т. А. Сметанникова резонно замечает, что кусачки-щипчики приходится лишь протирать, так как они сделаны из стали, не выдерживающей длительного пребывания в спирте. О СПИДе мастера узнают только из газет.

— Директивных рекомендаций по этой инфекции нет,— сказала мне заместитель главного врача горСЭС Н. Ф. Пашинцева,— я имею в виду наши взаимоотношения со службой быта.

ОДЕССА

Е. Марущак:

— В нашем городе более 150 парикмахерских. Только, к примеру, в одной из них, № 47, одиннадцать маникюрных мастеров. И всегда очередь — одесситки аккуратно ухаживают за руками. Маникюрша обмахивает салфеткой столик, меняет воду, на минутку опускает пилки и щипчики в раствор денатурата — дезинфекция завершена.

Бригадир В. С. Мальцева рассказывает, что у них нет проблем с салфетками и дезраствором, что инженер по технике безопасности городского объединения парикмахерского хозяйства проводил занятия об ужесточении требований гигиены в портовом городе, о необходимости двух наборов инструментов. Но где их взять? Кусачки у частника — 30 рублей, и не всегда купишь.

В педикюрном кабинете о стерилизаторе даже не слышали. Заведующий отделом коммунальной гигиены областной СЭС В. Я. Прудкий мой вопрос определил как «узкий» и направил в горСЭС. А там, «входя в положение» службы быта, судя по всему, не спешат отстаивать интересы клиентов.

МОСКВА

Н. Атаманенко:

— Дезинфекция острых режущих и колющих инструментов в парикмахерских столицы оставляет желать лучшего.

Педикюрша в салоне-парикмахерской № 96 комбината парикмахерских услуг № 2 Фрунзенского района Москвы А. Ф. Дмитриева работает давно. И все годы инструменты — притча во языцех. Особенно дефицитны кусачки. Если наборы для маникюра можно еще как-то подогнать, подточить (и то, если найти хорошего мастера, и он за рубль, а не за 30 копеек, как в обычной мастерской, поработает «на совесть»), то наборы для педикюра не приспособишь. Нужны инструменты из той же стали, что и медицинские, удобной формы и конфигурации.

Маникюрша Р. Г. Цатурова добавляет, что получила дорогой набор за 48 рублей, но щипчики сломались сразу же, пилки тупые, ножницы перетачивала.

Главный инженер Московского городского производственного объединения парикмахерских услуг и постижерских работ В. И. СИДОРЕНКО на вопрос корреспондента журнала «Здоровье», почему так плохо обеспечивают инструментом маникюрные и педикюрные кабинеты, ответил встречным вопросом:

— Может, вы знаете, где разместить заказы?

Надо сказать, что в Москве еще в 1980 году, перед Олимпийскими играми, городской санэпидстанцией были разработаны методические указания по организации санитарного контроля за парикмахерскими в условиях усложняющейся эпидобстановки в столице. Требования об обеззараживании и кипячении режущих инструментов были жесткими. И первое время их соблюдали. А сейчас, за исключением, может быть, крупных салонов и парикмахерских при гостиницах, жесткие правила потихоньку смягчились.

— В сентябре мы передали по всем своим службам,— сказал заместитель министра здравоохранения РСФСР, главный государственный санитарный врач республики К. И. АКУЛОВ,— распоряжение главного государственного санитарного врача СССР о необходимости взять под особый контроль обязательное выполнение требований по стерилизации инструментов при проведении процедур в парикмахерских, маникюрных кабинетах и банях. Мы готовы, и многие СЭС это уже начали, к дополнительной разъяснительной работе с мастерами парикмахерских. Правильно делают там, где выдержки из санитарных правил вывешивают на видных местах, чтобы с ними были знакомы и клиенты. Но все же за неразворотливость надо в первую очередь и жестче спрашивать с руководителей службы быта. Годами работники СЭС составляют акты, закрывают парикмахерские, штрафуют руководителей и мастеров, а инструментов не прибавляется, санитарные правила не соблюдаются. Значит, надо менять систему морального и материального стимулирования — соблюдение санитарных норм в интересах здоровья клиентов, а не только выручка должны учитываться при оплате труда мастеров. Острее надо ставить перед Госснабом страны вопрос обеспечения парикмахерских стерилизаторами и инструментом. СЭС, конечно, может запретить оказывать услуги, когда попираются требования гигиены, но разве это в интересах людей?

— Практически маникюрши и педикюрши в нашей республике все обеспечены инструментом — мы платим им за амортизацию приобретенного за свои деньги,— рассказывает ведущий специалист отдела парикмахерских услуг Главка непроизводственных бытовых услуг Минбыта РСФСР Л. Н. ВЕДЕШИНА,— правда, значительно меньше, чем они потратили на покупку у частника. Можно ли привлечь этих частников в кооператив или как-то по-другому повлиять на увеличение ими выпуска крайне необходимого нам инструмента? Сомневаюсь! Эти частники, как правило, «несуны», которые выносят со своих заводов изготовленные из отличного металла ножницы или кусачки, и вряд ли они захотят легализоваться. Выход я вижу в том, чтобы нужный металл поставлялся предприятиям, которые смогут наладить выпуск высококачественного инструмента.

Любовь Назарова рассказала о тянущейся уже более трех лет истории освоения выпуска инструмента заводом «Лензмальер» ленинградского НПО «Буревестник» Минприбора СССР. Он должен поставлять службе быта ежегодно 15 тысяч маникюрных и 5 тысяч педикюрных наборов. Пока их нет. Ленинградские приборостроители пытаются сбыть не выдерживающие никакой критики инструменты. Перед новым годом представили несколько наборов после очередной «доводки», но они оказались еще хуже.

Есть такое понятие для оценки качества инструмента — ресурс. Так вот, если ресурс щипчиков, кусачек и ножниц из набора фирмы «Тондео» из ФРГ составляет от года до трех лет работы без заводской заточки, ресурс инструментов «Лензмальера» не превышает... месяца. Попытка включить в набор по двое ножниц и кусачек мало что дает.

А наборы, которые для женщин, делающих маникюр в домашних условиях, поставляет в торговую сеть Росинструмент Минместпрома РСФСР (в частности Ворсминское производственное объединение по выпуску складных ножей), вообще не имеют ресурса. Рабочие части инструментов надо вручную затачивать на специальном оборудовании, без этого комплект за 11 рублей (!) ни на что не годится. Так что и выпуск хороших наборов для индивидуального пользования не налажен.

В некоторых городах, в частности в Минске, Москве, управления бытового обслуживания стали покупать ножницы и маникюрные инструменты на валюту, вырученную от продажи, например, в ФРГ собираемых в парикмахерских состриженных волос. Начинают создавать при крупных парикмахерских объединениях учебные мастерские для подготовки квалифицированных заточников.

Большую надежду возлагают работники парикмахерских на сухую стерилизацию инструментов. На Саратовском опытном экспериментальном заводе нестандартизированного оборудования и средств механизации Минбыта РСФСР уже выпустили опытную партию приборов с ультрафиолетовым облучателем, надежно обеззараживающим все поверхности и металлических, и пластмассовых инструментов. Потребность в них достаточно велика: только в РСФСР более 10 тысяч маникюрных и тысячи педикюрных рабочих мест. А сухим стерилизатором охотно воспользуются и парикмахеры, и косметички. С Минприбором СССР, который выпускает ультрафиолетовые лампы как товары народного потребления и у которого есть база, наработки, опытные кадры, уже достигнута договоренность о размещении заказа службы быта. Надо только быстрее претворять эти договоренности в дело.

В любом случае интересы здоровья тысяч людей, пользующихся услугами педикюрш и маникюрш, требуют того, чтобы в 1988 году в парикмахерских страны неукоснительно соблюдались санитарные нормы.

Хотя парикмахерские и не самый широкий канал для распространения опаснейшего заболевания, но и он должен быть надежно перекрыт. На это должны обратить внимание прежде всего министерства бытового обслуживания республик. Мы надеемся, что наши читатели сообщат редакции, изменилось ли к лучшему положение в парикмахерских их города или села.

ЖЕНЬ-ШЕНЬ

В современном каталоге лекарственных средств есть сравнительно небольшая группа препаратов, которые помогают восстановить силы при умственном и физическом утомлении, астении и некоторых других болезненных состояниях, вызванных нарушением деятельности центральной нервной системы. Большая часть лекарств, обладающих стимулирующим действием,— природного и притом растительного происхождения.

Источником большинства стимуляторов являются растения дальневосточной и восточно-сибирской флоры, особенно ботаническое семейство аралиевых. Некоторые стимуляторы были выделены из растений — представителей семейств магнолиевых, толстянковых, стеркулиевых и сложноцветных.

Д. А. Муравьева, профессор

Из аралиевых издавна заслуженной популярностью пользуется женьшень. Латинское родовое название этого реликтового растения сложено из двух греческих слов, означающих «все» и «исцеляю». Оно отражает существовавшее в восточных странах представление о всеисцеляющих свойствах корня женьшеня.

Название «женьшень» происходит от китайских слов «жень» — человек и «шень» — корень, буквально «корень-человек», поскольку корень растения внешне нередко напоминает фигуру человека.

Женьшень — многолетнее травянистое растение, живет в природе до 50 лет и более. У него сочный причудливо ветвистый корень. Стебель высотой 30—80 сантиметров, на верхушке мутовка из 4—5 пальчатопятисложных листьев. К моменту цветения в июле (в природных условиях на 10—11-й год, в культуре на 3—4-й год) из центра мутовки выбрасывается цветочная стрелка, несущая зонтиковидное соцветие из зеленовато-белых цветков. К августу — сентябрю созревают ярко-красные костянки.

Растет женьшень в Приморье, южных районах Хабаровского края, а за пределами нашей страны — на севере Кореи и на северо-востоке Китая в глухих горных лесах, на богатой перегноем почве.. Встречается редко, найти его трудно. Сборщики женьшеня — это опытнейшие люди, досконально знающие природу своего края и «поведение» причудливого растения.

Природные запасы женьшеня никогда не были большими, сбором дикорастущего корня потребность в нем не удовлетворялась. Поэтому женьшень стали выращивать. Плантации этого растения раскинулись в Японии, Китае, особенно велики они в Корее. В СССР промышленная культура женьшеня освоена во многих местах. Впервые в стране начали выращивать растение в Приморском крае: там есть специальный совхоз «Женьшень». Постепенно культура женьшеня продвигается на запад. Значительны плантации этого растения на Северном Кавказе, в Тебердинском государственном заповеднике (Ставропольский край). Расширению зон выращивания женьшеня активно способствуют многочисленные любители, среди них наиболее активны сибиряки.

В СССР создан научно-методический центр по женьшеню, который находится в Тебердинском государственном заповеднике. Возглавляет его крупный ученый, доктор биологических наук Алексей Александрович Малышев, много сделавший для развития женьшеневодства в нашей стране.

Опыт показывает, что выращивание женьшеня возможно там, где удается создать условия, близкие к природным по растительному покрову, освещенности, по составу и увлажненности почвы. Однако у дикорастущего женьшеня масса корня нарастает медленно, и «товарного» состояния он достигает примерно к 20 годам. На плантациях же развитие растения и нарастание массы корня управляется агротехническими приемами, в том числе вводимыми органическими и минеральными удобрениями, что позволяет ускорить рост корня.

Изучению его химического состава посвящено много исследований. Лишь в последние 25 лет раскрыта химическая природа содержащихся в корне женьшеня фармакологически активных веществ. Ими оказались своеобразные по своему химическому строению вещества, названные советскими исследователями панаксозидами. В корне до 18 % белковых веществ, 2—3 % липидов, значительную часть которых составляет фитостерин, до 20 % крахмала, примерно столько же пектиновых веществ, а также сахароза (3—4 %) и моносахариды (глюкоза, фруктоза и другие). Специфический запах корня женьшеня обусловлен присутствием эфирного масла (0,05—0,07 %).

В золе, остающейся после сжигания корня, обнаружены калий, кальций, магний, марганец, железо, алюминий, кремний, фосфаты, соли в основном фосфорной и серной кислот.

Перечнем веществ, входящих в состав корня женьшеня, объясняется высокая экстрактивность настоек и других приготовленных из него препаратов.

В отечественной и зарубежной литературе приводится перечень показаний к применению женьшеня, среди которых рекомендованные еще древними медицинскими трактатами, рассказывается об исключительной его популярности в традиционной медицине народов Востока. Женьшень вошел в медицинскую практику намного раньше, чем стал объектом углубленных биологических исследований. Интенсивность этих исследований нарастала по мере изучения химического состава женьшеня и выделения отдельных групп фармакологически активных веществ, содержащихся в корне, и прежде всего панаксозидов.

Наблюдения показывают, что прием определенных доз препаратов корня женьшеня повышает физическую и умственную работоспособность человека. Он имеет преимущество перед другими известными синтетическими стимуляторами: не нарушает сон. Это тем более ценно, что препараты женьшеня в лечебных дозах не токсичны и не вызывают каких-либо побочных, вредных для организма эффектов.

Кроме того, экспериментальные исследования выявили, что женьшень способствует уменьшению воспалительных процессов. Это объясняется его стимулирующим воздействием на механизмы сопротивляемости организма. Однако в терапии того или иного заболевания клиницисты совершенно обоснованно не делали и не делают ставку на женьшень как на единственное средство.

Видный специалист в области фармакологии женьшеня профессор И. И. Брехман считает, что в основе воздействия женьшеня на организм лежит далеко не один механизм. Предполагается, что женьшень оказывает влияние на кору головного мозга, поскольку он снимает утомление, повышает умственную работоспособность. Есть основания говорить о воздействии женьшеня на промежуточный мозг, гипофиз, на другие железы внутренней секреции.

Хотелось бы обратить внимание читателей на очень важный в практическом отношении факт. Речь идет об отсутствии качественных отличий в характере биологического действия корней дикорастущего и культивируемого женьшеня. Поэтому тем, кого заинтересовало это лекарственное растение, не обязательно отправляться на его поиски в дальнюю экспедицию. Проще пополнить ряды женьшеневодов-любителей, которых объединяет Тебердинский государственный заповедник, и научиться выращивать это чудо природы на своем садовом участке. Заповеднику присвоен статус учебно-методического центра по обучению женьшеневодству. Здесь уже подготовлены учебные пособия и методики для специалистов совхозов, колхозов, любительских клубов и кооперативов.

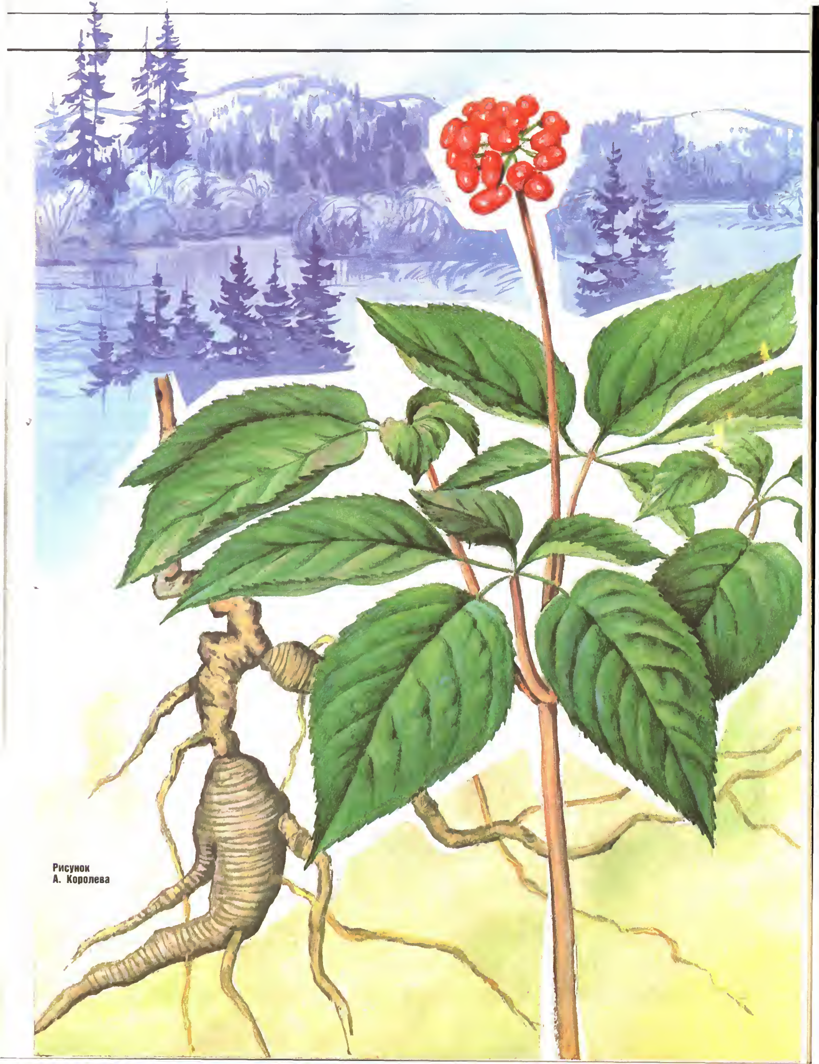


Рисунок
А. Королева

СТОбед и золотая РЫБКА



Вы помните, ребята, что в начале зимы Стобед попал в больницу. Так вот, лечиться ему пришлось целых два месяца, а когда он стал, наконец, поправляться, врачи решили: пусть поживет в больнице, пока не выздоровеет совсем!

Ему даже разрешили гулять, но сказали: смотри, далеко и надолго не уходи! А если увидишь, что ребята катаются на санках на улице, остереги их, расскажи, что с тобой случилось...

— Хорошо! — ответил Стобед.— Я им покажу, где у меня рука была сломана.

Но на санках никто не катался. Зато не успел Стобед дойти до угла, как из ворот на улицу вылетел маленький красный мячик и, подпрыгнув раза два на тротуаре, скатился на мостовую. Вслед за мячиком выскочила ватага ребят. С криком «Шайбу! Шайбу!» они, размахивая клюшками, ринулись было на мостовую, но Стобед встал на их пути, раскинул руки и скомандовал так грозно, как только мог: «Стоп!» Что сказать дальше, он не придумал, но, помолчав минутку, вспомнил сказку, которую ему читали в больнице, и добавил: «На мостовой автомобили лисенка чуть не задавили!»

Ребята, конечно, знали эту сказку. И дружно продолжили: «На мостовую нипочем не надо бегать за мячом!»

— То-то и оно! — сказал Стобед и даже погрозил им своим забинтованным пальцем.

— Почему у тебя такой палец? — спросил самый маленький мальчик с кисточкой на шапке. И Стобед стал рассказывать, что с ним приключилось. Слушая его, мальчики притихли...

— Ладно,— сказал самый старший.— Пойдем играть на пруд. Там машины не ездят. Пойдешь с нами?

— Пойду! — обрадовался Стобед. О том, что его отпустили всего на полчаса, он уже забыл...

Пруд был большой и пустынный, на нем не видно было не только машин, но даже людей. Ни единого человека! Ребята сбежали по пологому берегу на лед и стали гонять мяч.

— А это что такое? — Стобед увидел во льду черное отверстие.— Дырка какая-то...

— Эх ты, дырка! А еще нас учишь... Это лунка,— объяснил малыш в шапке с кисточкой.— Ее рыбаки просверливают во льду и ловят в ней рыбу.

— Рыбу? — удивился Стобед. И стал бегать от лунки к лунке, заглядывая в них и стараясь увидеть рыбку. Но в глубине колыхалась только темная вода...

Вдруг Стобеду показалось, что там, подо льдом, что-то плеснулось...

«Эх, поймать бы золотую рыбку! — подумал он.— И загадать бы ей желание! А что попросить у рыбки? Может быть, железную дорогу с вагонами? Или заводную машину с фарами? Или сто порций мороженого?»

Стобед представил себе, как он будет прямо здесь, на льду, есть мороженое, и ему сразу стало очень холодно...

«Нет,— решил он,— попрошу-ка, чтобы быстрее настала весна, чтобы этот пруд растаял и мы могли здесь кататься на лодке...»

И не успел он это подумать, как прямо у его ног появилась трещина.

«Ну и чудеса! — обрадовался Стобед.— Ведь я еще даже не поймал золотую рыбку, а она уже выполняет мое желание». Но тут лед под ним начал как-то странно дрожать, крошиться и проваливаться вниз.

— Ай! — закричал Стобед.— Рыбка, подожди! Не надо!

Одна его нога застряла между обломками льда, он с трудом ее вытащил, но новенький валенок вместе с новенькой блестящей калошей остался в щели, и Стобед увидел, как он наполнился водой и нырнул в глубину...

Вот тут-то Стобеду стало страшно. Он понял, что может утонуть, и готов был заплакать, но услышал, что ребята кричат ему: «Не бойся! Мы позвали на помощь». И правда, с берега к нему спускался милиционер. «Стой смирно! — скомандовал он.— Я сейчас тебя сниму со льдины!»



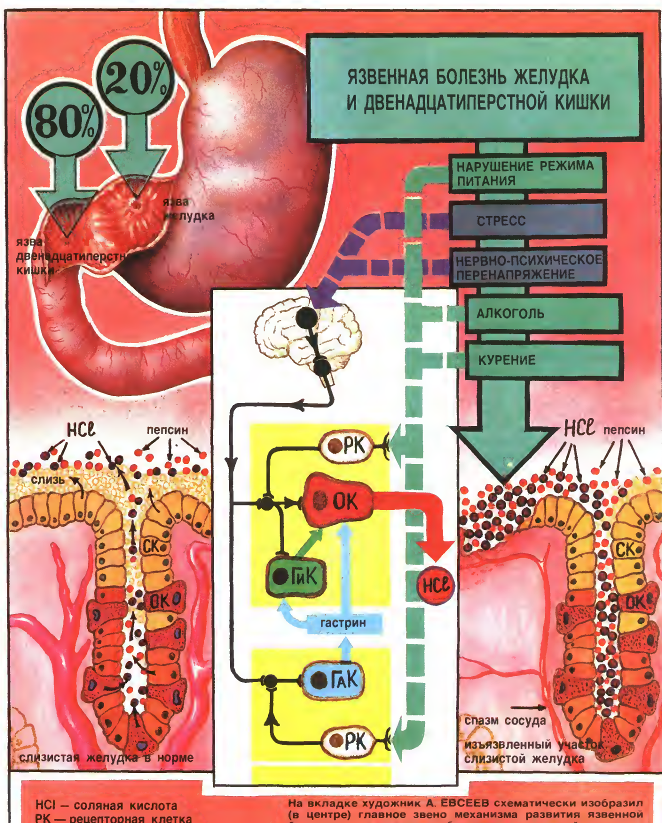
Через минуту Стобед уже сидел на скамеечке, укутанный в милицейскую шинель, а милиционер большими теплыми руками растирал его озябшую ногу...

Вот какая неприятная история приключилась со Стобедом! И вы, ребята, уже, конечно, догадались, что никакой волшебной рыбки в пруду не было, а просто весной лед начинает таять, и хотя он с виду еще крепкий, но если встанешь на него, да еще начнешь прыгать или бегать, можно провалиться в воду! Так что ни на речку, ни на пруд, ни даже на большую замерзшую лужу — ни ногой! Запомнили? И обязательно расскажите об этом своим друзьям.

Д. ОРЛОВА



Рисунки А. БОРИСОВА



HCl — соляная кислота
РК — рецепторная клетка
ОК — обкладочная клетка
ГиК — гистаминсодержащая клетка
ГаК — гастринсодержащая клетка
СК — слизистая клетка

На вкладке художник А. ЕВСЕЕВ схематически изобразил (в центре) главное звено механизма развития язвенной болезни — усиленное образование соляной кислоты в слизистой оболочке желудка. Различные неблагоприятные факторы, воздействуя через центральную и вегетативную нервную систему (синие стрелки) и непосредственно на рецепторные клетки (зеленые стрелки) слизистой оболочки желудка, при участии гастрина и гистамина вызывают усиленное образование соляной кислоты обкладочными клетками слизистой оболочки желудка.

А. Л. ГРЕБЕНЕВ,
профессор

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Более 150 лет ученые пытаются найти четкий ответ на вопрос о том, отчего возникает язвенная болезнь. Пока удалось установить лишь некоторые причины, обусловливающие развитие язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке. Кстати, в желудке язва образуется значительно реже: примерно в 20 % случаев от общего числа заболеваний.

Можно считать доказанным, что главная причина развития этой патологии состоит в том, что, во-первых, желудочный сок вдруг приобретает агрессивные свойства по отношению к слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, и, во-вторых, ослабевает защитная функция самой слизистой оболочки.

Изменение свойств желудочного сока обусловлено обычно повышением его кислотности. И происходит это за счет увеличения содержания в нем соляной кислоты вследствие усиленного ее образования и выделения так называемыми обкладочными клетками слизистой оболочки желудка. Однако на вопрос о том, почему повышается активность этих клеток, точного ответа еще нет.

В то же время далеко не у всех людей, имеющих повышенную кислотность желудочного сока, образуется язва.

Теперь уже ясно: чтобы развилась язвенная болезнь, необходимо воздействие еще ряда факторов. К ним относится, например, повышение активности гастрина (этот гормон вырабатывается в слизистой оболочке желудка и, поступая в кровь, стимулирует деятельность желудочных желез и вызывает секрецию желудочного сока), а также гистамина — вещества белковой природы, содержащегося в разных тканях организма, в том числе и в слизистой оболочке желудка. Ученые установили, что гистамин играет определенную роль в секреции слизи, пищеварительных ферментов и соляной кислоты.

Возникновению язвенной болезни желудка способствует дуодено-гастральный рефлюкс, то есть забрасывание большого количества желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок, а желчные кислоты повреждают защитный слизистый барьер его слизистой оболочки.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, по мнению некоторых ученых, нередко бывает обусловлена нарушением моторной функции желудка. При ускоренной эвакуации желудочного содержимого соляная кислота не успевает нейтрализоваться в желудке некоторыми компонентами пищи, как это бывает в норме, и активный, богатый соляной кислотой желудочный сок поступает в двенадцатиперстную кишку. Это создает условия для изъязвления ее слизистой оболочки.

Как мы уже говорили, для развития язвенной болезни необходимо еще одно условие, а именно — снижение защитной функции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Так вот: слизистый барьер может быть нарушен из-за недостаточного образования слизи. Кроме того, у страдающих язвенной болезнью обычно замедляются регенеративные (восстановительные) процессы в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, что, в свою очередь, снижает ее устойчивость к повреждающему действию соляной кислоты.

Известно также, что в сложном и взаимосвязанном комплексе причин возникновения язвенной болезни определенная роль отводится нарушению функционального состояния желез внутренней секреции, поскольку многие гормоны принимают непосредственное участие в регуляции различных функций желудка и двенадцатиперстной кишки. Например, соматотропный гормон и пролактин стимулируют процессы регенерации в их слизистой оболочке. Понятно, что нарушение выделения этих гормонов — фактор риска образования язвы. К этому же может привести и, наоборот, чрезмерно активное образование в организме адренокортикотропного гормона (АКТГ), который не только усиливает секрецию соляной кислоты, но и угнетает образование слизи в желудке. Но, повторяю, повышенная секреция АКТГ или нарушение образования других гормонов — только одно из звеньев в механизме развития язвенной болезни.

Чтобы этот сложный механизм пришел в действие, нужно «пусковое устройство», толчок извне. Таким стимулятором чаще всего становится сбой в режиме питания: еда всухомятку, не в строго определенные часы. Когда режим питания нарушается, пища не поступает в желудок к определенному часу, а желудочный сок выделяется, входящая в его состав соляная кислота начинает, грубо говоря, «переваривать» слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки. Именно по этой причине нередко развивается язвенная болезнь у студентов, которые не умеют наладить свой быт, не успевают вовремя позавтракать, пообедать. И кончается все это порой печально. Существует даже такой термин: «студенческая язва».

Бывает, провоцирует язвенную болезнь нервно-психическое перенапряжение, эмоциональный стресс. Возникающий очаг возбуждения в коре головного мозга активизирует симпато-адреналовую систему, что приводит к усиленному выделению в кровь катехоламинов: адреналина и норадреналина, вызывающих спазм сосудов, в том числе и сосудов желудка. Снабжение кровью, а значит, и кислородом тканей желудка ухудшается, и на таком неблагоприятном фоне легче образуется язва.

О возникновении или обострении язвенной болезни свидетельствует ряд клинических проявлений, главное из которых — боль.

Весьма способствуют этому курение и употребление алкоголя. И никотин, и алкоголь также вызывают спазм сосудов желудка, а кроме того, губительно действуют непосредственно на слизистую оболочку этого органа: угнетают процессы выделения слизи и тем самым нарушают защитный слизистый барьер. Нельзя сбрасывать со счетов и наследственную предрасположенность к язвенной болезни.

Это заболевание отличается одной особенностью: раз возникнув, оно периодически дает обострения, то есть в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки вновь образуется одна, а иногда и несколько язв. Обострение возникает преимущественно весной или осенью. К сожалению, ученым не удалось выяснить, чем объясняется такая четкая сезонная зависимость. Период обострения длится от 3—4 до 6—8 недель, и, если больной выполняет все назначения врача, наступает ремиссия, которая может продолжаться полгода, год и даже несколько лет.

О возникновении или обострении язвенной болезни свидетельствует ряд клинических проявлений, главное из которых — боль. Она обычно сопровождается диспепсическими расстройствами: тошнотой, рвотой пищей и кислым желудочным содержимым, изжогой. Боль исчезает или уменьшается после рвоты, а также приема препаратов, нейтрализующих действие соляной кислоты и снимающих спазм.

Но эти средства помогают только избавиться от острой боли. О том, как вести себя при обострении язвенной болезни, чтобы избежать таких грозных осложнений, как кровотечение или прободение язвы, прочтите на странице 8.

Сейчас в печати появились сообщения, да и в вашем журнале тоже было написано, что нерациональное использование минеральных удобрений приводит к образованию в овощах нитратов — солей азотной кислоты, которые преобразуются в более токсичные для организма нитриты — соли азотистой кислоты. Читала, что содержание этих соединений в овощах меняется в зависимости от качества и соотношения различных удобрений, состава почвы и ее влажности, а также от условий хранения овощей. Расскажите, пожалуйста, можно ли в домашних условиях уменьшить содержание в овощах нитратов и нитритов?

М. Горбенко, Тирасполь

КАК УМЕНЬШИТЬ СОДЕРЖАНИЕ НИТРАТОВ И НИТРИТОВ В ОВОЩАХ

Наш организм не может обойтись без овощей, без этого источника витаминов, макро- и микроэлементов, углеводов, волокнистых и других жизненно важных веществ. Поэтому овощи ежедневно должны быть на нашем столе.

Если нет уверенности, прошли ли они санитарный контроль на выявление нитратов и нитритов, советую капусту, картофель, морковь, свеклу отварить. Это освободит их от вредных соединений. Причем чем мельче порезаны овощи, тем больше нитратов переходит в отвар.

Эффективно и консервирование. Исследования показали, что в консервированных с добавлением уксуса и герметически укупоренных огурцах уже на вторые сутки содержание нитратов уменьшается до 21,6 % от первоначального уровня, а нитриты через неделю и вовсе не обнаруживаются.

Уменьшается содержание солей азотной и азотистой кислот при засолке овощей. Меньше всего их, к примеру, в малосольных огурцах. Спустя некоторое время, когда огурцы засолятся как следует, в них несколько повышается количество нитритов. Поэтому в летне-осенний сезон лучше солить огурцы в малых емкостях, чтобы можно было есть их, пока они еще малосольные.

Весьма значительно разрушаются нитраты и нитриты в процессе квашения овощей: в квашеной капусте их содержание резко падает в течение первой же недели.

Учтите, что нитраты неравномерно накапливаются в свежих овощах: в картофеле и огурцах — в основном ближе к поверхности, а в капусте и моркови — внутри. Поэтому с картофеля и огурцов лучше срезать кожуру более толстым слоем, а у капусты отбрасывать кочерыжку и прилегающие к ней листья.

При долгом (месяцами) хранении содержание нитратов в овощах уменьшается. Их почти не обнаруживается в овощах, пролежавших зиму.

Весной на прилавках магазинов и рынков появляются салат, шпинат, редис, зеленый лук, выращенные в теплице, в закрытом грунте. Такие ранние овощи следует перед едой положить на 1—2 часа в воду и несколько раз ее менять: вредные соединения выходят в промывную воду. Хранить эти овощи рекомендуется только в холодильнике.

Еще один совет. Доказано, что витамины, прежде всего витамин С (аскорбиновая кислота), а также Е и А являются ингибиторами — веществами, предотвращающими и тормозящими процессы преобразования нитратов и нитритов в нашем организме. И если вы будете постоянно принимать витаминные препараты, включать в рацион продукты, содержащие витамины С, А и Е, вы надежно нейтрализуете вредное действие попавших в организм нитратов и нитритов.

Э. С. ЧАПКЯВИЧЕНЕ,
зав. лабораторией
гигиены НИИ эпидемиологии,
микробиологии и гигиены
Минздрава Литовской ССР

Вильнюс



ДАР ДЕТЯМ

На общем собрании коллектива Государственного проектного института строительного машиностроения в Брянске было решено на деньги, заработанные на сельхозработах, приобрести и подарить областной детской больнице три цветных телевизора «Фотон» и два проигрывателя.

Дар шефов очень обрадовал маленьких пациентов, а, по мнению врачей, хорошее настроение является залогом быстрейшего выздоровления.

С. КАПЛАН,
заместитель секретаря парткома института.

Фото С. Демьянкова

Соотношение размеров головы и грудной клетки

У новорожденного ребенка окружность головы на 1—2 сантиметра больше окружности грудной клетки. К 3—4 месяцам обе эти окружности уравниваются, а к году окружность груди уже превышает окружность головки, и пропорции тела ребенка начинают приближаться к пропорциям тела взрослого.

Оправдание пластилина

«Я слышала, что детям нельзя работать с пластилином, так как в нем содержатся вредные вещества. Неужели это действительно так?»

Как нам сообщили в Институте гигиены детей и подростков Минздрава СССР, пластилин, как и все предметы детского обихода, проходил специальную проверку. Никаких вредных для здоровья веществ в нем не обнаружено. Лепка из пластилина — полезное занятие, оно развивает ребенка эстетически, совершенствует тонкие движения кисти, расширяет представления о форме предметов.

Не в манной каше дело...

«Правда ли,— спрашивает мама,— что от манной каши у грудных детей развивается рахит?»

Нет, сама по себе манная каша не вызывает рахита, но когда в рационе ребенка преобладают каши, а овощей и фруктов он получает мало, в организме создается дефицит минеральных веществ и витаминов, способствующий развитию рахита. Правильно сбалансированное питание наряду с гимнастикой, закаливанием, прогулками на свежем воздухе — одна из важных мер профилактики этого заболевания.

Почему не в почете гоголь-моголь?

Спрашивает нас бабушка, помнящая, что ей самой в детстве очень нравилось такое кушанье.

Сейчас действительно в списке блюд, рекомендуемых диетологами для детей, гоголя-моголя нет. И прежде всего потому, что его готовят из сырых желтков, растертых с сахаром, а желток, особенно не прошедший термической обработки, часто вызывает у детей аллергические реакции. К тому же сырые яйца, как показали наблюдения, могут быть источником инфекции.

Расти здоровым, малыш!

ОТ ТОГО, КАК ВЫ БУДЕТЕ КОРМИТЬ РЕБЕНКА, ЗАВИСИТ ЕГО РАЗВИТИЕ

С. Г. ГРИБАКИН,
кандидат медицинских наук

Детей первого года жизни не зря называют грудными — больше всего на свете им нужна материнская грудь, материнское молоко. Но получают его сейчас далеко не все: нет у мам молока! Возможно, в этом повинен наш нервный век с его эмоционально-психическими перегрузками, но слишком часто молодые женщины и психологически не нацелены на грудное вскармливание, а это тоже сказывается на выработке молока.

Надо знать, что материнское молоко особенно необходимо ребенку в первые полгода, а из этого полугодия — в первые 3—4 месяца. Даже так называемое молозиво, вырабатываемое грудными железами в первые часы и дни после родов,— большая ценность: оно содержит много веществ, повышающих защитные силы ребенка, а также белки, минеральные соли, что очень важно для новорожденного.

Но если молока не хватает или, что еще хуже, его нет совсем — ничего не поделаешь, надо переходить на смешанное или искусственное вскармливание.

Чем кормить? Что выбрать? Учтите, что сейчас для детей до года созданы адаптированные молочные смеси, то есть максимально приближенные к материнскому молоку. Это продукты сложного состава, не только содержащие в нужном соотношении белки, жиры, углеводы, но и обогащенные минеральными веществами, витаминами. Адаптированные смеси часто называют заменителями грудного молока. При всех их достоинствах это, прямо скажем, замена не вполне равноценная. Но что поделаешь? Надо выбирать наименьшее зло, а это как раз адаптированные смеси: «Малютка», «Малыш», «Детолакт», «Виталакт», «Малютка ацидофильная», а также импортные продукты — «Пилтти», «Бона», «Симилак», «Линолак», «Туттели».

В первые месяцы жизни лучше всего кормить ребенка одной из этих смесей. Какой именно? Это ваш малыш вам подскажет сам — своим поведением, прибавкой массы тела, характером стула.

Не стоит закупать сразу много разных смесей — начните с какой-либо одной, и, если все хорошо, имейте ее в запасе. Если нет, попробуйте другую.

Иногда мамам кажется, что смесь вызывает у ребенка проявления диатеза, и тогда начинается поспешная проба многочисленных других: вчера — «Ма-

лыш», сегодня — «Бона», завтра — «Детолакт». При таких метаниях не установишь, что ребенок переносит лучше, что хуже, да и сама по себе частая смена пищи может вызывать кишечные расстройства, и тогда сориентироваться в выборе становится и вовсе трудно.

Надо сказать, что проявления диатеза зависят не столько от качества смеси, сколько от аллергической настроенности организма ребенка. Такие дети могут реагировать на любую смесь, но чаще на более сладкую, такую, например, как «Малютка» (не ацидофильная), «Малыш». Нередко в развитии диатеза повинны не смеси, а подслащенная вода, которую дают между кормлениями. Поить ребенка, конечно, надо, но только обычной кипяченой водой или слабым чаем без сахара.



Докорм и прикорм

Не путайте два этих понятия! Когда у мамы мало молока, ребенка приходится докармливать. Теперь вы знаете, чем — адаптированной смесью. Это — докорм.

Но примерно к четырем месяцам ребенок уже не может обходиться теми веществами, которые содержатся в молоке или молочной смеси. Организму уже нужны более разнообразные минеральные соли, витамины, белки, ему требуется и побольше белков, углеводов, жиров. Переведя на язык кулинарии, скажем: пора давать ребенку овощное пюре, каши, творог, а затем и мясной бульон, мясо, хлеб. Это и будет прикорм.

Введение прикорма — ответственный период в жизни ребенка. От жидкой пищи он переходит к полужидкой, а затем и густой. Работа органов пищеварения усложняется. Будьте осторожны!



Что, когда, сколько

Перед вами — ориентировочная схема вскармливания ребенка на первом году жизни. Именно такая последовательность введения новых продуктов проверена многолетней практикой и вполне себя оправдала. В пределах этой схемы допускаются, конечно, индивидуальные варианты, их вы согласуете с врачом. Есть и общие правила.

Прикорм дают до кормления грудью: пока малыш голоден, он охотнее съест новое, непривычное блюдо. (С докормом дело обстоит наоборот — его дают после груди, чтобы голодный ребенок высосал максимум возможного.)

Начинают всегда с минимальных количеств каши, мясного и овощного пюре — с одной-двух чайных ложек, доводя до полной порции, указанной в схеме, в течение 10—12 дней.

Справочное бюро «Здоровья» для родителей

Не болезнь, а возрастная особенность

«Ребенку скоро год. У него может быть плоскостопие?»

Как правило, до 4—5 лет у всех детей свод стопы еще несколько уплощен. Это — возрастная особенность. Но, чтобы не развилось истинное плоскостопие, специалисты рекомендуют включать в ежедневную утреннюю зарядку ребенка упражнения, способствующие укреплению мышечно-связочного аппарата и правильному формированию стопы: босой ногой покатать мяч, походить босиком по ворсистому ковру, по ребристой доске, летом — по гальке, песку.

Истинное (врожденное) плоскостопие у маленьких детей встречается редко, обычно оно сочетается с другими деформациями — косолапостью, отклонением стопы кнаружи. В таких случаях необходимо лечение, и начинают его с первых дней жизни.

Молчание — знак протеста

«Моему сыну — 4 года. Дома он охотно и хорошо говорит, знает много стихов, но в детском саду, куда он ходит уже третий месяц, упорно молчит. Почему?»

Ответить на этот вопрос заочно трудно. Но можно предположить, что его молчание — реакция на какие-то травмирующие обстоятельства: кто-то его обидел, посмеялся над ним, когда он, придя сюда впервые, неправильно произнес какое-то слово.

Психологи, с которыми мы консультировались, советуют родителям не допытываться, почему ребенок не хочет говорить. Если и воспитательница детского сада будет поступать так же и постарается вовлечь ребенка в игры, требующие речевого общения, уделит ему больше внимания, то он наверняка заговорит.

Передается ли по наследству лживость?

Такой вопрос задал дедушка, огорченный тем, что внук обманывает его так же часто, как когда-то обманывал сын.

Нет, ни лживость, ни честность, ни другие моральные качества по наследству не передаются, они воспитываются семьей, всей окружающей атмосферой. И если отец повинен в лживости сына, то скорее всего потому, что подавал ему дурной пример.

Уважаемая редакция! В вашем журнале я прочла информацию из Министерства здравоохранения СССР о бесплатном питании, которое выдается на молочной кухне детям из многодетных семей. У меня трое детей. Когда я обратилась в детскую консультацию по поводу бесплатного питания для младшенького трехмесячного, мне сказали, что я должна платить, так как доход в семье больше 50 рублей на человека. Я сослалась на заметку в вашем журнале, но мне сказали, что нет приказа, по которому детям из многодетных семей положено бесплатное питание до года, независимо от дохода. И еще посоветовали: «А вы поменьше читайте, мало ли что где написано!» Выходит, что инструкции Министерства здравоохранения СССР касаются всех, кроме нашей горбольницы № 7?

О. ВАЛЮК, Донецк

НЕЗАВИСИМО ОТ ДОХОДА СЕМЬИ

Таких писем в редакцию приходит много. Мы еще раз обратились за разъяснением в Министерство здравоохранения СССР. Начальник отдела амбулаторно-поликлинической помощи детям Главного управления лечебно-профилактической помощи детям и матерям Минздрава СССР Л. К. ГРАЧЕВ рассказал, что согласно пункту 4 инструкции Минздрава СССР «О порядке бесплатного обеспечения молочными смесями и другими продуктами детского питания детей первого года жизни, находящихся на раннем прикорме и искусственном вскармливании, из многодетных и малообеспеченных семей», утвержденной в 1966 году Минздравом СССР, Минторгом СССР, Минфином СССР и ВЦСПС, при выдаче бесплатного детского питания учитывается и многодетность (наличие трех и более детей) и малообеспеченность семьи.

Иногда эти два условия совпадают, иногда нет. И в том и в другом случае органы здравоохранения должны предоставить бесплатное питание малообеспеченным семьям независимо от числа детей и многодетным независимо от дохода семьи.

К сожалению, на местах часто неправильно интерпретируют этот пункт, требуя от многодетных семей справок о материальном положении и отказываясь выдавать бесплатное питание, если доход более 50 рублей на человека. Родители в таком случае имеют право жаловаться в министерства здравоохранения союзных республик или Минздрав СССР.

Специально для того, чтобы подобные разночтения впредь не возникали, готовится новая редакция инструкции, в которой, в частности, сказано: «Если семья многодетная, то ее материальное положение при выдаче бесплатного молочного питания не учитывается».

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!
«СПРАВОЧНОЕ БЮРО» РАБОТАЕТ ТОЛЬКО ПО ВТОРНИКАМ И ПЯТНИЦАМ С 14 ДО 17 ЧАСОВ. ТЕЛЕФОН 251-94-49.

ЧТО И КОГДА ДАВАТЬ МАЛЫШУ

ВОЗРАСТ	3-я неделя	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.	12 мес.
Фруктовый сок	5 кап.–15 мл	30 мл	30	40–50	50	50	50	50	50	50	50	50
Яблочное пюре		5–10 гр	30	40	50	50	50	50	50	50	50	50
Желток			1/4	1/4	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
Творог				5–20 гр	30	40	40	40	40	50	50	50
Овощное пюре				60–80 гр	130	130	150	150	160	160	160	160
Растительное масло				1–3 гр	3	3	3	5	5	6	6	6
Каши					60–130 гр	150	160	180	180	180	200	200
Сливочное масло					1–4 гр	4	4	5	5	6	6	6
Бульон							30 мл	50	50	50	50	50
Сухарики							5 гр	5	5	5	5	5
Хлеб							5 гр	5	5	10	10	10
Мясо								20 гр	20 мясное пюре	20	30 фрикадельки	30
Печенье							20 гр	20	20	20	30	30
ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ	7–6	6	6	6–5	5	5	5	5	5	5	5	5

Никогда не дают два новых блюда в один день.

В нашей таблице указана дневная норма: густые блюда в граммах, жидкие в миллилитрах. Когда порция сока достигает 40—50 миллилитров, ее лучше разделить на два приема.

Вот как будет выглядеть примерный дневной рацион вашего ребенка (приводим те возрасты, когда в меню появляются более или менее существенные изменения).

РЕБЕНКУ 5 1/2 — 6 МЕСЯЦЕВ

Часы кормлений		
6	Грудное молоко или молочная смесь	180—200 мл
10	Каша	150 гр
	Творог	30 гр
	Фруктовый сок	30 мл
14	Грудное молоко или молочная смесь	170 мл
	Фруктовое пюре	50 гр
18	Овощное пюре	150 гр
	Желток	1/2
	Фруктовый сок	20 мл
22	Грудное молоко или молочная смесь	180—200 мл

РЕБЕНКУ 9—10 МЕСЯЦЕВ

6	Грудное молоко или молочная смесь	200 мл		Овощное пюре Мясное пюре Фруктовый сок	150 гр 30 гр 20 мл
10	Каша из различных круп Желток Фруктовый сок	 180 гр 1/2 30 мл	18	Кефир Творог Фруктовое пюре	150 мл 40 гр 50 гр
14	Мясной бульон с сухариком	20 мл	22	Грудное молоко или молочная смесь	200 мл

РЕБЕНКУ 11—12 МЕСЯЦЕВ

7—7.30 (завтрак)	Каша молочная Желток Сок фруктовый	150 гр 1/2 50 мл	16 (полдник)	Кефир Творог Фруктовое пюре	150 мл 50 гр 50 гр
12 (обед)	Бульон мясной Овощное пюре Тефтели мясные (или рыбные), 1—2 раза в неделю Морковный сок	30 мл 150 гр 50 гр 30 мл	20 (ужин)	Овощное пюре или каша молочная (чередовать) Кефир или молочная смесь	 150 гр 100 мл
			22 (ночное кормление)	Кефир или молоко	200 мл

Обратите внимание: общий объем пищи во втором полугодии становится практически постоянным и составляет не более 1 литра (1000 граммов) в день. В первое и последнее кормление ребенок почти на протяжении всего года получает только легкую пищу — грудное молоко или молочную смесь, а после 10 месяцев — кефир, цельное молоко. В 11—12 месяцев ребенку в 20 часов дают овощное пюре или кашу как основное блюдо, а кефиром или смесью он только запивает его.

Ночное кормление (в 22 часа) не обязательно; если малыш от него отказался, можно не настаивать.



«Кто долго жует, тот долго живет»

Есть такая пословица, и сложили ее наблюдательные люди: умение есть обстоятельно, не спеша, не жадно, но со вкусом, во многом определяет здоровье человека. И учить ребенка жевать надо именно сейчас, на первом году.

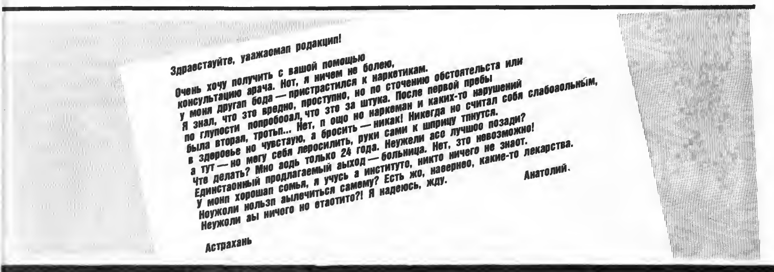
Тут важно определить момент — не слишком рано, но и не слишком поздно! До 6—7 месяцев ребенок должен получать хорошо протертую, однородную по консистенции пищу. Постепенно надо делать ее все более густой, но без комочков, ведь ни размельчить во рту, ни проглотить такой комочек ребенок еще не в состоянии, и кормление может закончиться рвотой.

Но как только появились первые зубы, можно уже овощи не протирать, а разминать вилкой, каши не протирать, но хорошо разваривать.

Мясное пюре первые несколько раз лучше смешать с овощным, а потом давать и отдельно: мясной и особенно печеночный фарш остается крупитчатым, даже если дважды пропущен через мясорубку, и тоже приучает к ощущению, которое дает непротертая пища.

Хлеб, печенье, сухарик не размачивайте в бульоне или кефире, а давайте ребенку целиком — он будет его мусолить, крошить, получая при этом явное удовольствие, и, раз за разом, осваивать науку жевания.





Здравствуйте, уважаемая редакция!

Очень хочу получить с вашей помощью
консультацию врача. Нет, я ничем не болею,
у меня другая беда — пристрастился к наркотикам.
Я знал, что это вредно, преступно, но по стечению обстоятельств или
по глупости попробовал, что это за штука. После первой пробы
была вторая, третья... Нет, я еще не наркоман и каких-то нарушений
в здоровье не чувствую, а бросить — никак! Никогда не считал себя слабовольным,
а тут — не могу себя пересилить, руки сами к шприцу тянутся.
Что делать? Мне ведь только 24 года. Неужели все лучшее позади?
Единственный предлагаемый выход — больница. Нет, это невозможно!
У меня хорошая семья, я учусь в институте, никто ничего не знает.
Неужели нельзя вылечиться самому? Есть же, наверное, какие-то лекарства.
Неужели вы ничего не ответите?! Я надеюсь, жду.

Анатолий.

Астрахань

НЕ ЛЕЧИТЬСЯ — ЗНАЧИТ ПОГИБНУТЬ

Буду откровенен. Просьба редакции журнала «Здоровье» ответить на ваше письмо поставила меня в затруднительное положение. С одной стороны, мне бы очень хотелось, чтобы мой ответ порадовал вас, вселил надежду. С другой стороны, я, как врач, обязан прямо, без обиняков, указать на все сложности, возникающие из-за того, что вы не понимаете сути своего заболевания. А такую «прямую» речь, как говорит мне мой немалый опыт, правильно воспринимают далеко не все страдающие наркоманией.

Ну что ж, рискну: «Горьким лечат, а сладким калечат»,— гласит народная мудрость.

Наркомания — тяжелая болезнь, имеющая у каждого больного свои особенности. Но главное, общее для всех ее проявлений — неудержимое влечение к наркотикам, которое возникает потому, что наркотик включается в систему регуляции психического и физического состояния человека и подчиняет ее себе.

Согласитесь, ваше письмо заключает в себе вопиющее противоречие. Вы признаетесь в неодолимом влечении к наркотикам и в то же время утверждаете, что вы не наркоман. Такая позиция мне знакома: больные наркоманией часто хитрят сами с собой. Они хотят — как будто! — лечиться, но только при соблюдении поставленных ими условий — где лечить, как лечить, кому лечить... А когда эти условия не выполняются в силу их нереальности, они отказываются от лечения вообще. Теперь у них есть некое самооправдание, вернее, некий удобный предлог для самообмана.

За попыткой ставить условия всегда стоит частью сознательный, частью неосознанный отказ от лечения, скрываемый от самого себя страх перед лечением, которое немыслимо без окончательного отказа от наркотиков.

Но не лечиться — значит погибнуть. Лечиться самому? Вы ведь не можете не знать, что есть такие тяжелые болезни, которые требуют госпитализации, подчас экстренной. Это болезни, угрожающие жизни, поддающиеся только комплексному лечению, причем в таких условиях, которые исключают дальнейшее воздействие болезнетворных факторов. При острых реактивных состояниях, скажем, это — стрессовая ситуация, при инфекционных болезнях — среда, где существует источник инфекции, а при наркомании — та система отношений, которая удовлетворяет потребность больного в наркотике. Не может быть излечения до тех пор, пока не будет гарантировано прерывание всех связей наркомана с миром подобных ему больных людей, взаимно поддерживающих друг у друга губительное влечение, и дельцов, паразитирующих на их несчастье.

— Хорошо,— скажете вы.— Я сам прерву эти связи.

Позвольте вам не поверить! Это было возможно в самом начале, когда вы только один раз попробовали наркотики. Но свой единственный шанс не превратиться в наркомана вы уже упустили. Коль скоро у вас сформировалась зависимость от наркотика, вы больше не хозяин своему слову. Вы же сами видите, что влечение стало сильнее вас, что оно не поддается волевому контролю («руки сами к шприцу тянутся»).

Предположим, наконец, что вам удалось достигнуть изоляции от круга наркоманов. Что же дальше? Ведь прекращение старых связей — только фон для лечения. А само лечение начинается со всестороннего обследования, за которым следует комплекс разносторонних мер, проводимых под лабораторным контролем и обязательно с учетом индивидуальных особенностей больного. Только при таких условиях удается полностью и максимально безболезненно снять те тяжелые физические и психические расстройства, которые возникают сразу после отмены наркотиков, добиться восстановления нарушенных функций внутренних органов, научить больного приемам противодействия прежним соблазнам.

Конечно, не исключено, что врач-нарколог, к которому вы обратитесь, ознакомившись с вашим состоянием, сочтет возможным лечить вас амбулаторно. Но обратиться к нему надо немедленно! В вашем городе, как и во всех крупных городах, есть наркологический диспансер. Там и надо искать помощь.

Оставаясь вне поля зрения врачей, вы жертвуете гораздо большим, чем мнимым сохранением «тайны» своей болезни. Мнимым — потому что чем дальше будет развиваться наркомания, тем труднее станет ее скрывать. Уверяю вас, что «клеймо» наркомана ложится только на тех, кто не хочет лечиться. Для тех же, кто лечится, этого клейма не существует.

Больной, обратившийся к наркологам, проходит курс лечения и в дальнейшем остается под их наблюдением. И если он не совершает каких-либо антисоциальных поступков, своевременно является на прием, выполняет все назначения, то врачебная тайна соблюдается. Это значит, что сведения о диагнозе его заболевания не направляются ни по месту учебы, ни по месту работы.

Повторяю, амбулаторное лечение не исключается полностью. И если вам предложат тот и другой вариант, вы вправе выбирать. Но поверьте: стационарное лечение надежнее. Не больницы надо бояться, а болезни! Тот, кто прошел курс стационарного лечения, кто вышел из больницы свободным от власти наркотиков, доказывает себе и всему миру, что он не наркоман, что он нормальный человек, обладающий волей и самоуважением, заслуживающий поддержки и самого доброго к себе отношения. И через несколько лет его имя будет навсегда вычеркнуто из списков пациентов наркологического диспансера, и он получит право забыть об этом, как о случайной и нелепой ошибке.

От души желаю вам выздоровления.

М. Г. ЦЕТЛИН,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник ВНЦ
медико-биологических проблем наркологии
Минздрава СССР

Смейтесь на здоровье!



С популярными актерами театра, кино и эстрады заслуженными артистами РСФСР Михаилом ДЕРЖАВИНЫМ и Александром ШИРВИНДТОМ мы встретились в антракте спектакля-обозрения «Молчи, грусть, молчи», автор которого — Александр Анатольевич Ширвиндт. Михаил Михайлович Державин играет в нем шесть ролей. Свой диалог они начинают в фойе Московского академического театра сатиры...

Александр Анатольевич Ширвиндт. Вы когда-нибудь думали, что нам придется давать интервью для журнала «Здоровье»?

Михаил Михайлович Державин. Не думал. Но у этого журнала удивительное свойство: он везде. Заходишь в парикмахерскую — на столике «Здоровье», в мастерскую коньки поточить — пожалуйста, жди и читай советы врача. Садишься в самолет — и опять твоим собеседником, если захочешь, может стать профессор медицины. Научит, предупредит, припугнет... Столько симптомов у себя сразу находишь! Но зато, если следовать советам...

А. А. Можно подумать, что вы им следуете. На вас достаточно посмотреть, и уже смешно, что вы говорите о здоровье.

М. М. Но почему же — я каждое утро начинаю с зарядки. А чтобы прийти в театр на репетицию, нужно...

А. А. ...как минимум, завести машину!

М. М. Вот если она не заводится, хожу пешком — это журнал настоятельно рекомендует. Полчаса пешком на репетицию, полчаса обратно. Полчаса на спектакль и столько же домой. Это же замечательно: два часа дышу воздухом!

А. А. Каким воздухом?

М. М. Московским.

А. А. Ну и какое у вас после таких прогулок самочувствие?

М. М. Если сказать честно — вялое...

А. А. То-то и оно! Напомню старый анекдот, сделайте из него выводы. Если вам 50 лет, вы проснулись утром в чудесном настроении, у вас ничего не болит — значит, вы умерли.

М. М. Ну, что-то наш разговор приобретает мрачный оттенок. Я и журнал «Здоровье» иногда побаиваюсь открывать, чтобы...

А. А. ...чтобы не обнаружить у себя парочку веселеньких болезней?

М. М. Так вы что, предлагаете оставаться невеждой и вообще ничего такого не читать?

А. А. Читать. Но с определенной долей юмора.

М. М. Согласен, без юмора вообще не выжить. Вам это должно быть знакомо: выходишь на сцену, перед тобой 1200 лиц, все смеются. Но взглядом цепляешься за одного-единственного зрителя, который мрачно взирает на сцену и не думает улыбаться. Кошмар! В такой ситуации только и выручает чувство юмора.

А. А. А если тебя таким вот ледяным взглядом встречает спутница жизни? Бр-р-р. Честное слово, с шуткой, подначкой, улыбкой легче жить. Потерял ключи, подгорели котлеты, опоздал, разбил чашку... Если из всего этого делать трагедию — можно повеситься. Поэтому желательно, чтобы все в семье имели чувство юмора.

М. М. Вы помните нашу поездку в Ашхабад, в госпиталь, где лежат молодые солдаты, получившие ранения в Афганистане? Вот где я понял совершенно однозначно: смех — замечательное лекарство! Никогда не забуду: мы разыгрываем сценку в отделении челюстно-лицевой хирургии, а врачи держат парню руками наложенные на челюсти шины. Глаза у парня хохочут. Вечером позвонили узнать: как он там, не разошлись ли швы? Сказали, что все в порядке, очень доволен.

В нашем театре спектакль идет — «Прощай, конферансье!». Это веселый и грустный рассказ о фронтовой бригаде артистов, которые вместе с бойцами попали в сложнейшую ситуацию. Смех, шутка поднимали дух бойцов, их настроение, а значит — спасали.

А. А. Итак, мы договорились, что свои беды, неприятности, проблемы надо воспринимать оптимистично, и — повторюсь — с определенной долей юмора.

М. М. Вот, вот... Я недавно был в Доме моды у Вячеслава Зайцева и увидел, как трагично воспринимала выставку изящных моделей одежды полная, с могучим торсом дама. Она сказала, что здесь ей делать нечего и она будет писать жалобу. Я попытался ее успокоить — мне, мол, тоже не подходят модели Зайцева, полноват для них... Но дама не захотела увидеть в нашем положении ничего общего, ничего смешного.

А. А. Правильно сделала. И я считаю, что модельер должен делать одежду на любое тело, а не только на своих тощих манекенщиц. Мания «щепок» стала глобальной. Вот бы журналу «Здоровье» почаще рассказывать, от какой диеты только вред здоровью. Скажем, дистрофия, расстройства нервной системы — и все после бездумного следования очередному модному рецепту похудания.

М. М. Сколько мы знаем

увлечений только у наших актрис! Кто сидит на сырой воде, кто заваривает овес... Может, и выглядит актриса после этого «изящной», но так слаба, говорит еле-еле — слова за рампу не перелетают. Зато похудела... Зачем?!

А. А. Нет, мне как-то ближе истина: путь к сердцу мужчины лежит через его желудок. Интересно, а к сердцу женщины?

М. М. Может, через остроумие мужчины? Я замечал, что к вашему, Александр Анатольевич, остроумию зрительницы явно неравнодушны...

А. А. Ну, к остроумию надо еще и зарплату приносить... Чем смешнее зарплата, тем больше тебя любят? Или наоборот — чем трагичнее зарплата, тем смешнее тебя любят?

М. М. Я думаю, что у читателей журнала с чувством юмора все в порядке, они сами разберутся в этих вопросах.

А. А. Сегодня многие газеты и журналы стали давать брачные объявления. Вот, вижу, и «Здоровье» повело наступление на одиночество. А представляете, если бы в этом издании печатались объявления, так сказать, по профилю? Ну, например: «Мне 50 лет, перенес все детские инфекционные болезни, ищу невесту с дальнозоркостью не больше плюс единица»...

М. М. Не надо о службе знакомств. Я с содроганием вспоминаю те ворохи газетных вырезок, которыми была завалена наша гримуборная в прошлом году. Целый месяц слали в театр жители самых разных городов объявление, появившееся в одной из одесских газет. Что-то вроде: «Мечтаю найти...»

А. А. Нет, не так. Там было такое объявление: «Инженер 43 лет, не пью, не курю. Люблю юмор, читаю фантастику. Внешне напоминаю артиста Ширвиндта»...

Но тут прозвенел звонок, и М. М. Державин бросился переодеваться в свое любимое голубое с люрексом платье — как-то он выступал в нем и по телевидению. Наши читатели-телезрители наверняка помнят вальяжную представительницу киностудии «Масьфильм» с острова Масенький. Одна из ролей Михаила Михайловича в спектакле «Молчи, грусть, молчи» — врач-сексопатолог. Пришлось диалог артистов записывать уже со сцены.

Ведущий — представительной даме с ридикюлем, врачу-сексопатологу. Как складывается ваша рабочая неделя?

Дама. Понедельник — баня, вторник — прорубь, среда — аэробика, четверг — рыбный день, пятница — массаж...

Ведущий. Ах, вы нигде не работаете?

Дама. Почему же, работаю. Через день. День свободна, день отгул.

Ведущий. Демография смеха — существует ли такое понятие?

Дама. Меня больше волнует деторождаемость. Сейчас в стране не хватает мужчин: строителей, студентов, воинов.

Ведущий. И как вы на это реагируете?

Дама. Я в свое время отреагировала, и неоднократно. Вообще эта служба знакомств — дело перспективное. Если в стране всех перезнакомить со всеми — народу будет больше...

В конце нашей встречи артисты поинтересовались составом редакции журнала «Здоровье». Узнав, что у нас всего трое мужчин, ахнули.



М. М. Это такое же соотношение, как и в нашей бригаде! Дело в том, что мы с Александром Анатольевичем являемся почетными членами 16-й бригады механического цеха автозавода имени Лихачева. В ней только бригадир — мужчина. Так что нас тоже трое на женский коллектив. Мы поздравляем женщин редакции с праздником 8 Марта, а мужчинам желаем мужества...

А. А. И всем читателям «Здоровья» желаем больше следовать своему естеству и натуре. И — смейтесь на здоровье!

Диалог записала Н. МОРОВА

Фото М. ВЫЛЕГЖАНИНА

СОПЕРНИЦЫ АФРОДИТЫ

Более трех тысяч лет назад человечество достигло зрелого понимания красоты тела. Художники, скульпторы и поэты древности, средних веков и в более позднее время создали шедевры искусства — картины, скульптуры и стихи, воспевающие красоту прежде всего женского тела. Полны очарования совершенные фигуры древнегреческих Афродит — Книдской, Медицейской, Киренской, Мелосской, Таврической и других.

Если древние греки для изображения идеальной фигуры часто приглашали ширококостных натурщиц, то художники позднего средневековья и раннего Возрождения изображали идеальную женщину высокой, стройной, изящной. А многие художники XIX века рисовали другой тип красивой женщины — с пышным розовым телом и вызывающе округлыми формами. Как видим, представление о женской красоте менялось на протяжении веков.

Какую же фигуру современной женщины можно считать красивой? На этот вопрос нельзя ответить однозначно. Однако члены международного жюри уже неоднократно избирают на конкурс красоты «мисс Европа» молодых женщин, имеющих окружность бюста 90 сантиметров, талии — 60 сантиметров, бедер — 90 сантиметров. Победительницами конкурсов красоты чаще всего становятся женщины нормо- и тонкокостного типа телосложения.

Эталоны красивой женской фигуры существовали раньше, имеются они и сейчас. Красивая фигура бывает, как правило, у изящных женщин, а изящество — это прежде всего пропорциональность.

В наши дни приняты следующие градации роста женщин: низкий — 150 сантиметров и ниже, ниже среднего — 151—156 сантиметров, средний — 157—167 сантиметров, высокий — 168—175 сантиметров и выше.

Если ваш рост ниже среднего, то старайтесь прежде всего не сутулиться, держите спину прямо, а голову высоко. Не полнейте, так как люди с нормальной массой тела кажутся выше, чем полные такого же роста.

Рост человека во многом зависит от длины ног. Их длину измеряют от вертельной точки тазобедренного сустава. Длина ног нормальная, если она равна половине роста плюс 3—8 сантиметров. Если ноги короче половины роста, то они считаются короткими, а если больше половины роста на 9 и более сантиметров — длинными.

Особенно важно поддерживать нормальные пропорции между ростом и массой тела. В литературе имеется большое количество таблиц для определения нормальной и идеальной массы тела. При этом имеет значение возраст, рост и тип телосложения. Последний определяется на основании ряда признаков: форм и размеров костей скелета, формы грудной клетки, соотношения продольных и поперечных размеров тела. В нашей стране чаще всего придерживаются классификации, предложенной профессором В. М. Черноруцким, который различал три основных типа телосложения: астенический (тонкокостный), нормостенический (нормокостный) и гиперстенический (ширококостный).

Телосложение нормостеников отличается пропорциональностью основных размеров тела, правильным их соотношением. У женщин этого типа телосложения, как правило, длинные ноги, тонкая талия. Многие спортсменки и артистки имеют такое телосложение.



Антропометрические данные	Современная молодая женщина	«Весна» А. Майоля (начало XX века)
Рост (см)	164—166	162
Масса тела (кг)	55—57	—
Длина ног (см)	86—91	84
Окружности:		
грудной клетки (см)	83—84	80
бюста (см)	90—94	90
талии (см)	64—66	63
бедер (см)	94—96	93
запястья (см)	17—18	16

У женщин тонкокостного типа продольные размеры тела преобладают над поперечными (по сравнению с нормостениками): конечности длинные и тонкие, кости легкие, шея длинная и тонкая, плечи узкие, грудная клетка длинная, плоская и узкая. Мышцы развиты сраенительно слабо. Предстаеительницы зтого типа телосложения обычно худощавы.

У ширококостных женщин

КНИДСКОЙ

поперечные размеры тела значительно больше, чем у нормостеников и особенно астеников. Их кости тяжелые, толстые, плечи широкие, грудная клетка широкая и короткая. Этим женщинам еажно помнить, что они склонны к полноте.

Встречаются люди, имеющие смешанный тип телосложения.

Наиболее просто и достаточно точно вы можете еыяснить, какой у еас тип телосложения, измерие окружность запястья. У нормостеников она равна 16—18,5 сантиметра, у астеников — меньше 16 сантиметрое, у гиперстеников — больше 18,5 сантиметра.

Если вы хотите знать, какой в норме должна быть масса вашего тела, воспользуйтесь индексом Кетле, согласно которому молодым женщинам (до 30 лет) желательно иметь на каждый сантиметр роста: для тонкокостных — 325±10 граммов, для нормокостных — 350±10 граммов, для ширококостных — 375±10 граммов.

Идеальная масса тела женщин, особенно тех, чей рост ниже 160 сантиметров, должна быть меньше нормальной на 10—15%. Определить, есть ли у вас лишние килограммы, можно также, измерив толщину жировой складки на передней брюшной стенке, на уровне пупка, в 3 сантиметрах от средней линии. В норме у молодых женщин толщина зтой жировой складки от 1 до 2 сантиметрое.

О пропорциональности телосложения судят и по окружности грудной клетки, бюста, талии и таза (бедер). Для молодых женщин нормостенического телосложения нормой можно считать, когда окружность грудной клетки равняется половине роста плюс 2—4 сантиметра, талии — рост стоя минус 100, а окружность бедер больше окружности талии примерно на 30 сантиметров.

Даеайте сраеним данные о телосложении соеременных молодых женщин нормостенического типа со скульптурой А. Майоля «Весна», яеляющейся олицетворением молодости и красоты, а также Афродиты Книдской.

Безусловно, красиеа фигура женщины, у которой, помимо приееденных е еиде ориентира антропометрических данных (или близких к ним), гордая осанка, еысоко поднятая голоеа, неширокие покатые плечи, в меру развитая, еысокая грудь и уплощенный жиеот, а также стройные ноги. О таких можно сказать: она стройна и изящна. Если женщина к тому же обладает красивой манерой держаться и деигаться, то ее с полным праеом можно назвать и грациозной.

Не последнее место в понятии красоты занимает физическое развитие и нормальное функциональное состояние организма. У молодой женщины в норме пульс должен быть около 70 ударое е минуту, частота дыхания — 12—14 вдохое и еыдохов е минуту, жизненная емкость легких — 3200—3400 кубических сантиметров, зкскурсия грудной клетки — 5—7 сантиметрое, задержка дыхания на вдохе — 46—60 секунд, кистевая динамометрия — 28—30 килограммов, становая динамометрия — 80—90 килограммов; она должна суметь пробежать за 12 минут 2400—2600 метров (тест Купера).

Хочу подчеркнуть, что нормальную и красивую фигуру могут иметь почти еse женщины, если они праеильно питаются, не переедают, занимаются физкультурой и танцами не менее 3 раз е неделю. Но красота — зто не только идеальные пропорции фигуры, пластика, гибкость, хорошее здороеье. Это еще и доброта, отзыечиеость, обаяние, жизненная активность — е общем, все то, что издаена мы определяем таким емким понятием, как богатство души и сердца.

Ю. И. КУРПАН,
кандидат
педагогических
наук



Афродита Книдская (середина IV века до н. э.)
164
—
84
90
94
72
96
18,5



Фото
М. Вылегжанина



Рисунки К. Мошкина



ЗАЩИЩАЙТЕ ЛИЦО от прямых солнечных лучей

М. С. ВАСИЛЬЕВА,
кандидат медицинских наук

Чтобы ослабить чувствительность кожи к солнечным лучам, больше включайте в рацион продуктов, содержащих витамины С и РР.

Стоит лишь пригреть весеннему солнышку, и мы спешим подставить лицо его ласковым лучам... Многие абсолютно уверены в том, что загар не только придает коже бронзовый оттенок, но и оздоровляет, улучшает ее состояние.

Увы! Косметологи придерживаются другой точки зрения и не устают предупреждать: берегитесь прямых солнечных лучей! Загар — своеобразная защитная реакция, предохраняющая кожные покровы от воздействия ультрафиолетовых лучей. И это не проходит для кожи бесследно: ее роговой слой утолщается, она грубеет, становится плотной, шероховатой на ощупь, высыхает, особенно при одновременном действии солнца и ветра, покрывается мелкими морщинками, начинает шелушиться. У многих людей на открытых участках тела появляются веснушки и крупные пигментные пятна — хлоазмы, что тоже отнюдь не украшает. Кроме того, в погоне за загаром можно получить солнечный ожог. И не только в летнюю жару, но и весной, если долго находиться на открытом воздухе. Так что будьте осторожны!

Наиболее надежные средства профилактики солнечных ожогов, веснушек, пигментных пятен — специальные защитные кремы «Луч», «Щит», «Квант», не пропускающие ультрафиолетовые лучи.

Утром умойтесь кислым молоком, сывороткой от простокваши и за полчаса до выхода на улицу смажьте лицо тонким слоем фотозащитного крема. Затем слегка припудрите его любой темной пудрой — «Южная», «Курортная», «Рашель». Крем и пудра препятствуют проникновению в кожу солнечных лучей в течение 3—4 часов, а один крем без пудры — в течение 2—3 часов.

Веки и кожу вокруг глаз защитным кремом не смазывайте: лучше нанести один из питательных кремов — «Янтарь», «Флора», «Надежда».

Чтобы ослабить чувствительность кожи к солнечным лучам, больше включайте в рацион продуктов, содержащих витамин С (аскорбиновую кислоту) и витамин РР (никотиновую кислоту),— кислую капусту, настой шиповника, яблоки, зеленый лук, сок красной и черной смородины...

Если на лице и шее все же появились веснушки и хлоазмы, их можно вывести с помощью отбеливающих средств. Тем, у кого кожа жирная и нормальная, рекомендуется смазывать пигментные пятна 1—2 раза в день смесью перекиси водорода и нашатырного спирта (50 граммов 3% раствора перекиси водорода и 2 грамма нашатырного спирта). Ватный тампон смачивают в отбеливающей смеси и накладывают на пигментное пятно на 10—15 минут.

Эффективным и наиболее щадящим средством отбеливания кожи считаются лимонный сок, сок грейпфрута, репчатого лука, красной смородины, кислой капусты. Хорошо себя зарекомендовала смесь из равных частей воды, лимонного сока и столового уксуса. Сухую кожу можно отбеливать соком красной смородины. Пятно утром и вечером протирают соком, затем густой сметаной, и через 10 минут умываются теплой водой.

Мягкое отбеливающее действие оказывают кремы «Ахромин», «Мелан», «Молочай». Крем наносят на предварительно очищенную лосьоном кожу (при сухой коже) или после умывания водой с мылом (при жирной коже) за 1—2 часа до сна; остатки крема снимают бумажной салфеткой. Через каждую неделю — перерыв на 2—3 дня. Утром наносить отбеливающий крем не рекомендуется, иначе под действием солнечных лучей пигментация кожи может усилиться.

Отбелить кожу лица помогают и различные маски. Готовят их непосредственно перед применением, снимают марлевым или ватным тампоном, смоченным водой. После этого накладывают тонкий слой крема: для сухой кожи «Аленушка», «Людмила», «Люкс», а для жирной жидкие кремы: «Бархатный», «Вималан», «Утро».

Приведу рецепты отбеливающих масок, обладающих нежным отшелушивающим действием. Маски делают через день, до побледнения пигментных пятен, но не более 30 на курс.

МАСКА ИЗ ГОРЧИЦЫ (для жирной и нормальной кожи). Порошок разведите теплой водой до консистенции кашицы, наложите на кожу; как появится жжение, смойте и вытрите лицо насухо. Эту маску нельзя применять при расширенных сосудах и избыточном оволосении лица.

МАСКА ИЗ ДРОЖЖЕЙ. Свежие дрожжи разведите до консистенции сметаны 3% раствором перекиси водорода (для жирной кожи), или теплой кипяченой водой (для нормальной кожи), или теплым молоком (для сухой кожи). Маску держите до полного высыхания.

МАСКА ИЗ КАЛИНЫ (для жирной и нормальной кожи). Салфетку, смоченную соком сырых ягод, наложите на кожу, держите 10 минут, снова смочите соком и еще раз держите 10 минут. Если ягод мало, то салфетку смочите соком калины, смешанным с яичным белком (1:1) или с питательным кремом, и держите 30 минут.

МАСКА ИЗ КИСЛОЙ КАПУСТЫ (для любой кожи). Салфетку смочите соком, слегка отожмите, наложите на пигментные пятна на 10 минут.

МАСКА ИЗ ЛУКА РЕПЧАТОГО. Свежевыжатый сок смешайте с медом в соотношении 1:1 или 2:1 и нанесите на пигментированную кожу на 15—20 минут; снимите маску сначала влажным, затем сухим тампоном. При жирной коже луковый сок можно смешать со столовым уксусом в равных пропорциях. Смоченную этой смесью салфетку накладывайте на кожу на 15 минут.

Не обязательно каждый день делать маску из дрожжей или, скажем, из свежих огурцов. Их можно чередовать. И не забудьте: на кожу вокруг глаз маску не накладывают! Не рекомендуется делать маску перед выходом из дома.

Если вы собираетесь на пляж, не применяйте декоративную косметику. Красители, входящие в состав губной помады, румян, теней для век, под действием солнечных лучей могут способствовать появлению пигментных пятен на коже.

Пензенская Служба знакомств просит писать заинтересовавшему вас автору объявления по адресу:

440039, Пенза, ул. Ленина, д. 12, кв. 1, Служба знакомств, абоненту номер...

Абонент 40737

Мужчина 35 лет, рост 173, образование высшее, симпатичный и стройный, с добрым, отзывчивым характером. Отрицательно относится к спиртному. Имеет квартиру и все необходимое для совместной жизни. Будет рад знакомству с женщиной до 30 лет, красивой и стройной, с мягким и добрым характером, а также с огромным желанием создать семью, основанную на любви, взаимопонимании и уважении.

Абонент 40739

Ищу подругу жизни. О себе: 24 года, рост 166, добрый, мужественный, не лишен чувства юмора. Алкоголь не употребляю.

Абонент 40740

Вдовец 51 года, рост 170, крепкий, трудолюбивый, хотел бы вновь обрести семейный уют с женщиной не старше 50 лет, которая смогла бы стать заботливой матерью его детей.

Абонент 71911

Как и у любого человека, у меня есть достоинства и недостатки. Мне 32 года, рост 166, врач. За богатством не гонюсь. Предать не смогу. Надеюсь на счастливую встречу с мужчиной надежным и самостоятельным, у которого доброе сердце, трезвая голова и умелые руки. Живу в Новгороде.

Абонент 71919

Вдова 59 лет, рост 160, медработник, характер мягкий, отзывчивый, живет в Сухуми в благоустроенной квартире. Желает познакомиться с мужчиной 59—64 лет, спокойным, честным, имеющим серьезные намерения.

Абонент 71897

Мать троих детей (3, 8, 9 лет), жительница Саратовской области со средним специальным образованием, возраст 31 год, рост 180, хорошая хозяйка, живет в благоустроенной квартире. Желает познакомиться с добрым мужчиной до 45 лет, который смог бы стать опорой в семье, где главное — дети.

Абонент 71927

Симпатичная девушка 23 лет, рост 170, русоволосая, по национальности азербайджанка. Образование высшее, по характеру веселая, общительная, живет в Пензе. Познакомится с молодым человеком до 35 лет.

Абонент 71828

Жительница Пензенской области (33 года, рост 170) с обаятельной внешностью, тактичная, образование высшее, надеется на встречу с порядочным мужчиной не старше 43 лет. Условия для совместного проживания хорошие. Возможен переезд к избраннику.

Абонент 40747

Мужчина ходит по земле увереннее, голову держит выше и духом сильнее, если рядом с ним понимающая и заботливая жена. Житель Ворошиловградской области, 67 лет, невысокого роста, познакомится с женщиной до 60 лет, которая, приняв его предложение, согласна была бы на переезд к нему.

Абонент 71900

Изящная кареглазая девушка (возраст 24 года, рост 162) живет в Пензе, образование высшее, видит счастье в детях и работе. Молодой человек, до 30 лет, имеющий намерение создать прочную семью, сообщите, пожалуйста, о своем желании.

Абонент 40736

Житель Пензенской области, 31 год, рост 165, рабочей профессии, по характеру спокойный, выдержанный, хочет создать семью с девушкой (женщиной с ребенком не старше 3 лет), хорошей хозяйкой, согласной к нему переехать.

Абонент 40735

Мужчина 32 лет, рост 168, татарин, рабочей профессии, спокойный, скромный, трудолюбивый, без вредных привычек, разведен, детей нет. Хотел бы встретить спутницу жизни — добрую, аккуратную, отзывчивую, можно с ребенком. Условия для совместной жизни есть.

Брянское Бюро знакомств просит писать заинтересовавшему вас автору объявления по адресу:

241029, Брянск, ул. Полесская, д. 8а, Бюро знакомств, абоненту номер...

Абонент 313

Женщина 48 лет, среднего роста, склонная к полноте. Имея тяжелый жизненный опыт, сохранила нежную романтическую душу. Она тонко чувствует, способна на сопереживание и самопожертвование, обаятельна, беспредельно любит природу, сентиментальна, очень ранима, болезненно переносит неоткровенность, образование гуманитарное, профессия необычная. Имеет взрослого сына. Мечтает о встрече с человеком, способным на постоянство и преданность. Образование, рост, возраст значения не имеют.

Абонент 113

Привлекательный брюнет со светлыми глазами, рост 182, 30 лет, образование высшее, разведен. Мечтает встретить красивую современную стройную девушку до 27 лет. Ответит на письмо с фотографией. Почтительно относится к профессии врача.

Абонент 356

Татьяна, 26 лет, высокая, стройная, с инженерным образованием, хочет создать семью с мужчиной 26—32 лет, приятной внешности, образованным, рост не ниже 180.

Абонент 413

Мужчина 47 лет, рост 172, худощавый, в прошлом мастер спорта, живет в поселке под Брянском. Образование техническое, разведен, платит алименты на сына. Честный, патриот всего русского. Хотел бы связать свою судьбу с простой скромной милой женщиной. Образование и внешность значения не имеют. Дети не помеха. На переезд согласен.

Абонент 115

Мужчина 45 лет (рост 170), чистоплотный, аккуратный, живет с матерью, заботится о ней, очень ответствен по отношению к своей работе. Хотел бы познакомиться с одинокой симпатичной женщиной, увлекающейся чтением, любящей природу.

Абонент 431

Всю жизнь посвятила работе. Замужем не была. Только в 45 поняла, как хочется любить и быть любимой. Вдвоем поехать за город, вдвоем обсудить прочитанную книгу. Для совместной жизни есть трехкомнатная квартира в центре города. Рост 168. К своим недостаткам отношу строгость характера.

Абонент 35

Василий, 36 лет, инженер, образование высшее, есть квартира, дача, скромен, но вот беда: маленький рост. Отсюда неуверенность в себе, отсутствие семьи, детей. Пусть напишет ему женщина, для которой небольшой рост мужчины — не преграда для семейного счастья.

Абонент 576

Вдова 38 лет, рост 160, в меру полная, сыну 8 лет, брюнетка, по характеру лидер, образование высшее. Есть все условия для совместной жизни. Вступит в брак только по любви. А полюбить хочет волевого, умного, независимого привлекательного мужчину до 50 лет.

Абонент 642

Хрупкая женщина, с не испорченным одиночеством характером, замужем не была, возраст — почти 40. Основное место в жизни пока занимают книги. Надеется на счастье вдвоем.

Абонент 513

Охотник, романтик, бессребреник, страстный поклонник Брянских лесов. Возраст 38 лет, рост 175, стройный, симпатичный, ждет встречи с женщиной своей мечты, может быть, тихой и нежной, может быть, кокетливой и веселой, но обязательно доброй, отзывчивой.

Абонент 800

Женщина 45 лет, рост 158, миниатюрная, врач, разведена, сыновья взрослые, хотела бы связать свою судьбу с мужчиной, приятным внешне и в общении.

Абонент 177

Женщин с такой судьбой много. 38 лет, средний рост, изящна, образованна, сыну 12 лет. От одиночества бывает резкой, но может быть доброй и ласковой, был бы рядом любимый человек.

ИЗБАВИТЬСЯ ОТ ЗАСТАРЕЛЫХ МОЗОЛЕЙ ПОМОГАЮТ ГОРЯЧИЕ НОЖНЫЕ ВАННЫ. Добавьте в воду пищевую соду (1 чайная ложка на литр воды), настой ромашки или хвои, а при трещинах на коже стоп — настойку календулы (1 столовая ложка настойки на литр воды) или марганцовокислый калий на кончике ножа, чтобы вода для ванны стала розовой. После распаривания осторожно потрите мозоль пемзой, затем нанесите на кожу специальный крем для ног или любой питательный крем.

С. Н. АБРАМОВ,
кандидат медицинских наук

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ПОХУДЕТЬ, НЕ ОТКАЗЫВАЙТЕСЬ ОТ... РАСТИТЕЛЬНОГО МАСЛА. Содержащиеся в нем фосфатиды, витамин Е помогают перевариванию поступающих в организм жиров и способствуют тем самым нормализации жирового обмена. Однако не следует и злоупотреблять этим продуктом. В противном случае растительное масло будет не препятствовать накоплению лишних килограммов, а способствовать этому. Норма растительного масла для взрослого человека — 1—1,5 столовые ложки в день.

Ю. П. ФЕДОРОВ,
врач

НЕ ЗАКАПЫВАЙТЕ В НОС СОСУДОСУЖИВАЮЩИЕ КАПЛИ БОЛЕЕ 3—5 ДНЕЙ. Это неминуемо приведет к стойкому набуханию слизистой оболочки носоглотки, нарушению двигательной активности ресничек мерцательного эпителия, которые уже не смогут защитить дыхательные пути от попавших с потоком воздуха микроорганизмов и пыли. И вы не только не избавитесь от насморка, но и надолго выведете из строя защитные барьеры на пути проникновения в организм аденовирусной инфекции.

И. Н. КОСТРОВА,
кандидат медицинских наук

ДВА-ТРИ РАЗА В НЕДЕЛЮ ВКЛЮЧАЙТЕ В РАЦИОН КАШИ. В них немало витаминов и минеральных веществ. Имейте в виду, что в вязких кашах полезных организму веществ больше, чем в рассыпчатых.

В. В. ЧУМАКОВА,
инженер-технолог

НЕ ПОЛЬЗУЙТЕСЬ СЛОМАННЫМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗОМ. Им можно не только поранить десну и язык, но и подавиться.

В. А. СОЛОВЬЕВ,
врач



Рисунок К. Мошкина

НА САДОВОМ УЧАСТКЕ

ИЗ КОЛЛЕКЦИИ ПОЛЕЗНЫХ СОВЕТОВ ВРАЧА А. Б. КУЛИКОВА

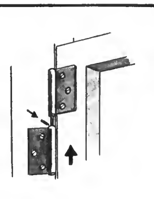
Везти тачку по неровному грунту легче, если снабдить ее двумя колесиками, расположенными по бокам основного. Они не дадут тачке заваливаться на бок и уберегут вас от травм.



Перед посадкой картофеля его приходится нагружать в тележку, ведра. Это удобно делать вилами, надев на их острые концы небольшие куски резиновых трубок подходящего диаметра. Они предохранят клубни от повреждения.

Обод старого велосипедного колеса, установленный на 3 — 4 колышках,— отличная подпорка для куста смородины или крыжовника.





Если вас раздражает скрип калитки, положите в щель приподнятой петли кусочек графита от карандаша. Графит разотрется и будет служить отличной смазкой.

В. Д. МАЛЫШЕВ,
профессор,

Х. Т. ОМАРОВ,
кандидат
медицинских наук

МЕТОДЫ
ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

ЕСЛИ У ПОСТРАДАВШЕГО НАРУШЕНО ДЫХАНИЕ, ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ НАЧИНАЙТЕ С ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.

ПОСТРАДАВШИЙ БЕЗ СОЗНАНИЯ



При этом нарушение дыхания возникает, как правило, в результате западения языка. Прежде всего разогните ему голову так, как показано на рисунке. Но этим приемом пользоваться нельзя, если есть подозрение на перелом шейных позвонков.

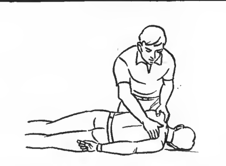
ПОЛОСТЬ РТА ЗАБИТА ПИЩЕВЫМИ, РВОТНЫМИ МАССАМИ, КРОВЬЮ



Повернув голову пострадавшего набок и открыв ему рот, очистите полость рта пальцем, обернутым марлей или платком.

ПОСТРАДАВШИЙ ПОПЕРХНУЛСЯ ИЛИ ПОДАВИЛСЯ ВО ВРЕМЯ ЕДЫ, В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ПОПАЛО ИНОРОДНОЕ ТЕЛО

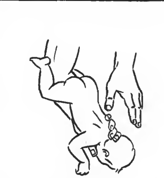




Ударьте его в межлопаточную область (в положении стоя, сидя, лежа) ладонью, но не кулаком!



Встаньте сзади пострадавшего, обхватите его обеими руками и одновременно с силой сдавите грудную клетку с боков и подложечную область. Вытолкнутое потоком воздуха инородное тело освободит дыхательные пути.



Уложите ребенка на руку лицом вниз так, чтобы голова находилась ниже таза, и постучите ладонью по его спине.

ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПОСТРАДАВШЕГО ПОЯВЛЯЕТСЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ. ЕСЛИ ОНО ОТСУТСТВУЕТ, НЕМЕДЛЕННО НАЧИНАЙТЕ ПРОВОДИТЬ ИСКУССТВЕННУЮ ВЕНТИЛЯЦИЮ ЛЕГКИХ СПОСОБОМ «ИЗО РТА В РОТ» ЛИБО «ИЗО РТА В НОС» И ПРОДОЛЖАЙТЕ ДО ПРИЕЗДА «СКОРОЙ»

Ежемесячный
научно-популярный журнал
министерств
здравоохранения СССР и РСФСР

МОСКВА ИЗДАТЕЛЬСТВО ЦК КПСС
«ПРАВДА»

Здоровье

3 '88

(399)

Основан 1 января 1955 г.

Адрес редакции:
101454, ГСП-4, Москва,
Бумажный проезд, 14.
Телефоны:
251-44-34; 212-24-90;
251-20-08; 212-24-17;
250-24-56; 251-94-49.

Перепечатка разрешается
со ссылкой
на журнал «Здоровье».
Рукописи не возвращаются.

На первой странице обложки фото М. Вылегжанина.

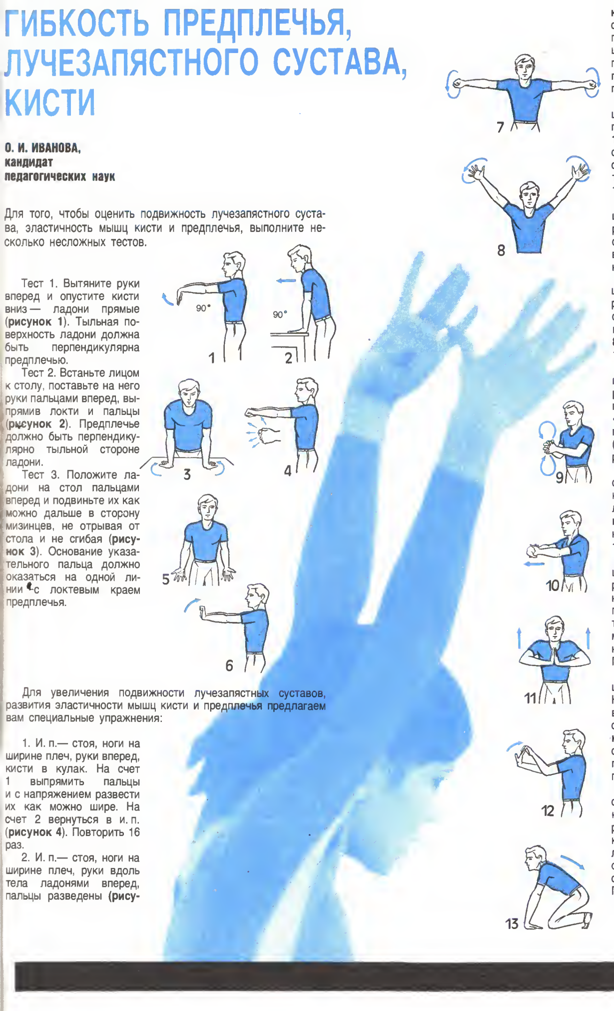
Сдано в набор 20.01.88.
Подписано к печати 02.02.88. А 11709.
Формат 60×90⅛. Глубокая печать.
Усл. печ. л. 4,50. Уч.-изд. л. 7,58.
Усл. кр.-отт. 7,55.
Тираж 18 800 000 экз.
(3-й завод: 10 450 395 — 11 900 188 экз.).
Заказ № 3073.
Фотоформы изготовлены в ордена Ленина и ордена Октябрьской Революции типографии имени В. И. Ленина издательства ЦК КПСС «Правда». 125865, ГСП, Москва, А-137, улица «Правды», 24.

Отпечатано в ордена Трудового Красного Знамени типографии издательства ЦК КП Узбекистана, г. Ташкент, улица В. Ленина, 41.

ГИБКОСТЬ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА, КИСТИ

О. И. ИВАНОВА,
кандидат
педагогических наук

Для того, чтобы оценить подвижность лучезапястного сустава, эластичность мышц кисти и предплечья, выполните несколько несложных тестов.



Тест 1. Вытяните руки вперед и опустите кисти вниз — ладони прямые (**рисунок 1**). Тыльная поверхность ладони должна быть перпендикулярна предплечью.

Тест 2. Встаньте лицом к столу, поставьте на него руки пальцами вперед, выпрямив локти и пальцы (**рисунок 2**). Предплечье должно быть перпендикулярно тыльной стороне ладони.

Тест 3. Положите ладони на стол пальцами вперед и подвиньте их как можно дальше в сторону мизинцев, не отрывая от стола и не сгибая (**рисунок 3**). Основание указательного пальца должно оказаться на одной линии с локтевым краем предплечья.

Для увеличения подвижности лучезапястных суставов, развития эластичности мышц кисти и предплечья предлагаем вам специальные упражнения:

1. И. п.— стоя, ноги на ширине плеч, руки вперед, кисти в кулак. На счет 1 выпрямить пальцы и с напряжением развести их как можно шире. На счет 2 вернуться в и. п. (**рисунок 4**). Повторить 16 раз.

2. И. п.— стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль тела ладонями вперед, пальцы разведены (**рисунок 5**). На счет 1—4 последовательно сгибать пальцы, начиная с мизинца и приближая их к запястью; на счет 5—8 разогнуть пальцы в обратном порядке. Повторить 8 раз.

3. И. п.— стоя, ноги на ширине плеч, руки вперед, пальцы согнуть. На счет 1—2 поднять согнутые кисти вверх (**рисунок 6**), на счет 3—4 опустить согнутые кисти вниз. Повторить 16 раз.

4. И. п.— стоя, ноги на ширине плеч, руки в стороны, кисти в кулак. На счет 1—2 вращать кисти вперед (**рисунок 7**). То же назад. Повторить 16 раз.

5. И. п.— стоя, ноги на ширине плеч, руки в стороны-вверх, пальцы развести. На счет 1—2 вращать кистями вперед (**рисунок 8**). То же назад. Повторить 16 раз.

6. И. п.— стоя, ноги на ширине плеч, согнутые руки перед грудью, кисти в «замок». На счет 1—4 «нарисовать» кистями восьмерку перед собой (**рисунок 9**). Повторить 12 раз.

7. И. п.— то же. На счет 1—2 вытянуть руки как можно дальше вперед ладонями наружу (**рисунок 10**), на счет 3—4 вернуться в и. п. Повторить 12 раз.

8. И. п.— стоя, ноги на ширине плеч, руки в стороны. На счет 1—3 соединить ладони перед собой пальцами вверх и попытаться поднять локти как можно выше (**рисунок 11**); на счет 4 вернуться в и. п. Повторить 12 раз.

9. И. п.— стоя, ноги на ширине плеч, руки вперед. На счет 1—3 отогнуть вверх пальцы одной руки с помощью другой (**рисунок 12**); на счет 4 вернуться в и. п. То же, поменяв положение рук. Повторить по 8 раз.

10. И. п.— на коленях с опорой на руки кистями к себе. На счет 1—2, стараясь сесть на пятки, отклонить руки от вертикали, ладони от пола не отрывать (**рисунок 13**); на счет 3—4 вернуться в и. п. Повторить 8 раз.

Индекс 70328 Цена 40 коп





ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И НАСЕЛЕНИЯ!

ВИСКЕН —

лекарственный препарат, действующий избирательно на сердечную мышцу.

Применяется при стенокардии, аритмиях различного происхождения, в том числе тахикардиях, экстрасистолиях, желудочковых аритмиях. Антиаритмическое действие проявляется без ослабления сердечной деятельности. Эффективен при гипертонической болезни. Не вызывает резкого снижения давления при изменении положения тела с горизонтального на вертикальное. Хорошо сочетается с мочегонными и другими антигипертензивными препаратами.

Побочное действие, проявляющееся в брадикардии, спазме бронхов, головокружении, расстройстве сна, нарушении функций органов желудочно-кишечного тракта, носит преходящий характер и не вынуждает прерывать курс лечения.

Противопоказанием к применению вискена являются сердечная декомпенсация, состояние шока, синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада сердца, легочное сердце, ацидоз метаболического происхождения, беременность.

Препарат назначают взрослым и детям.

Дозы и курс лечения определяет врач в зависимости от характера заболевания.

Выпускается в таблетках по 5 мг в упаковке по 30 штук.

Хранить препарат следует при комнатной температуре.

Срок годности 5 лет.

Отпускают в аптеках по рецепту врача.

Всесоюзное информационное бюро при Министерстве здравоохранения СССР